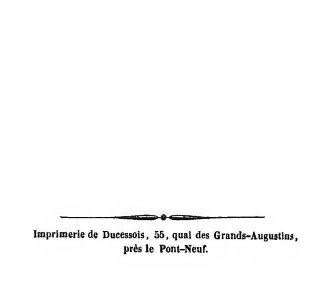
BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.



Imprimerie de Ducessois, 55, quai des Grands-Augustins,
près le Pont-Neuf.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

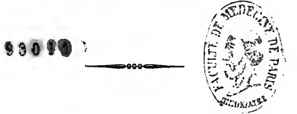
Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME VINGT-DEUXIÈME.



PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1842

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

EXTRAIT DU RAPPORT DE LA COMMISSION DES PRIX DU BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE POUR 1841.

Il y aura bientôt quatre ans que notre honorable confrère le Rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*, prenant l'initiative d'une mesure qui n'a pas manqué d'imitateurs, instituait des prix décernés par le journal, et spécialement réservés aux praticiens des départements. Son but, clairement exprimé et parfaitement compris, était d'établir des communications plus intimes entre les médecins de Paris et ceux de la province, de provoquer les observations de ceux-ci en vue de juger les méthodes de traitement proposées par ceux-là; et puisque la capitale semble s'être arrogé le droit d'innover dans l'art, d'appeler la province à ce rôle moins brillant, mais plus utile peut-être, de contrôler toute idée nouvelle par une masse sans cesse croissante d'expériences, et de juger ainsi en dernier ressort la valeur des indications.

Un premier concours, auquel avaient pris part neuf compétiteurs, nous avait déjà montré avec quelle ardeur les médecins de province répondaient à cet appel, et à travers les incertitudes, les lacunes inséparables des premiers essais, disait assez tout ce que l'institution nouvelle avait d'avenir. Le nouveau concours n'a pas démenti ces espérances. Cette fois, dix-huit compétiteurs sont entrés en lice; nous avons eu des travaux à la fois plus nombreux, plus pleins, plus riches de faits et de déductions. Dans notre précédent rapport, nous rappelions aux concurrents futurs combien il était essentiel de savoir d'abord ce qui avait été dit sur la matière, de poser nettement l'état de la science, point de départ indispensable pour être bien sûr de marcher en avant; nous insistions sur les avantages d'une méthode claire

et lumineuse; nous réclamions dans l'exposé des observations toute la rigueur possible, de telle sorte que le lecteur, ayant sous les yeux tous les éléments que l'auteur a eus lui-même, puisse apprécier en parfaite connaissance de cause la valeur du diagnostic, et l'influence réelle du traitement.

Ce serait aller trop loin sans doute que de dire que ces conditions ont été toutes et toujours bien remplies; mais ce qui a frappé tous les juges, c'est le progrès évident, incontestable, qui se révèle dans les travaux soumis cette année à leur appréciation, comparés à ceux du dernier concours. Nous y avons trouvé généralement une plus exacte connaissance des faits acquis, une plus grande rigueur dans les observations, et chez plusieurs un talent d'exposition remarquable. Ainsi, tout en nous rapprochant sensiblement du but essentiel de ce concours, tel que nous l'avons indiqué tout à l'heure, nous en avons atteint un autre qui a bien aussi son importance; et en réveillant l'émulation chez les praticiens des provinces, nous les avons vus d'eux-mêmes marcher à grands pas dans la double carrière de l'observation et de la rédaction scientifique.

Ce résultat surprenant au premier abord s'explique aisément par la constitution même du concours ouvert par le *Bulletin*. Il ne manque pas assurément de prix offerts par les Académies, par les sociétés savantes; et il est bien reconnu que les compétiteurs sont rares pour les disputer. C'est que la lice est ouverte à tous, aux médecins de Paris comme à ceux des départements; que les premiers, plus près du mouvement, mieux initiés aux idées nouvelles, ont par là même un avantage réel sur les seconds; avantage que la renommée exagère encore, et qui quelquefois n'est ni le seul ni le plus puissant.

En s'adressant exclusivement aux médecins de province, notre honorable confrère, le rédacteur en chef du *Bulletin* a fait tomber cette barrière qui les écartait des concours; et la preuve la moins équivoque en est le nombre et l'étendue des travaux qui nous sont parvenus.

Dix-huit mémoires, comme il a été dit, ont été présentés; en voici les titres d'après leurs numéros d'inscription.

N° 1. De l'alimentation végétale considérée comme le principal moyen à employer dans la thérapeutique médicale et chirurgicale. Épigraphe : *Sublatâ causâ tollitur effectus*.

N° 2. Des hémorragies utérines avant l'accouchement. Épigraphe : *Les exemples persuadent bien mieux que les simples raisonnements, et l'expérience donne la perfection à tous les arts.* (Mauriceau.)

N° 3. Essai sur l'emploi thérapeutique du nitrate ou azotate d'argent. Épigraphe : *Dans l'étude délicate de l'action des moyens thérapeutiques, l'observation tient la première place.* (Chomel.)

N° 4. Mémoire sur l'efficacité des fébrifuges introduits par injections rectales. Épigraphe : *Omnia quæ scripsi, vidi.*

N° 5. Nouvelles observations pratiques et thérapeutiques, sur les maladies des femmes qui réclament les ferrugineux. Sans épigraphe.

N° 6. Note sur de nouveaux appareils à l'usage des médecins de campagne, pour le traitement des déviations de l'épine.

N° 7. De la méthode ectrotique ou abortive appliquée au traitement des ophthalmies en général, et des ophthalmies purulentes en particulier. Épigraphe : *Les descriptions des diverses méthodes thérapeutiques manquent souvent des détails précis et minutieux, si nécessaires en médecine pratique.*

N° 8. Quelques mots sur la théorie et la thérapeutique de l'empoisonnement. Épigraphe : *Il est bon là, le cher docteur! de s'imaginer qu'on aille du coup penser à lui, et s'occuper immédiatement de son affaire.* (Mayor.)

N° 9. Mémoire sur l'emploi thérapeutique des caustiques. Épigraphe : *Ars longa, vita brevis.*

N° 10. Des indications qui réclament l'amputation des membres. Épigraphe : *Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima.* (Hipp.)

N° 11. Description d'un appareil pour les fractures du corps et du col du fémur, spécialement utile aux médecins qui pratiquent à la campagne. Épigraphe : *Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis causa, sed utilitas, officiumque fuit.* (Ovide.)

N° 12. De la thérapeutique appliquée ou des traitements spéciaux de quelques maladies chroniques. Épigraphe : *Experire.*

N° 13. Études sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tartre stibié. Épigraphe : *Vehementi malo nisi æquè vehemens auxilium, succurrere non potest.* (Celse.)

N° 14. Mémoire sur la thérapeutique médicale.

N° 15. Recherches pratiques sur la phthisie tuberculeuse et son traitement prophylactique. Sans épigraphe.

N° 16. Considérations thérapeutiques sur l'emploi du vésicatoire dans le traitement de quelques maladies. Épigraphe : *In utrâque scientiâ (medicinâ et philosophiâ) observatio ratiocinationem præcedere debet : sic ad veritatem perducimur.* (Mertens.)

N° 17. Mémoire sur les avantages d'un petit forceps dit double levier, ou forceps du détroit périnéal. Épigraphe : *Combien de méde-*

cins ont négligé de faire connaître des faits importants perdus pour la science faute d'avoir l'habitude d'écrire !

N° 18. Mémoire sur l'épidémie des fièvres typhoïdes qui ont régné à Tournemincs (Cantal), pendant les mois de mars et d'avril 1838. Épigraphe : *Res ardua et inextricata.*

Un de ces mémoires, le numéro 14, portant le nom de l'auteur, se trouvait ainsi en dehors des conditions du programme, et a dû être exclu du concours.

Chacun des dix-sept autres a d'abord été soumis à un examen préparatoire, par des sous-commissions spéciales, selon qu'ils avaient rapport à la médecine, à la chirurgie et à la matière médicale et toxicologie. La commission générale a ensuite consacré plusieurs séances à l'audition et à la discussion de chaque rapport, ce qui a permis tout d'abord de classer ces nombreux mémoires. Nous avions suivi la même marche dans le concours précédent, et l'expérience en avait démontré l'utilité. Les mémoires, au nombre de sept, mis en première ligne, ont alors passé successivement sous les yeux de chacun des membres de la commission; et enfin, dans une dernière séance générale et après une discussion longue et approfondie, la commission a pris au scrutin les décisions suivantes :

Le premier prix, consistant en une médaille d'or et une collection richement reliée du *Bulletin de Thérapeutique* (20 volumes), a été décerné au mémoire n° 9, *sur l'emploi thérapeutique des caustiques.* Ce travail, d'une étendue qui dépasse les bornes ordinaires, n'est rien moins qu'une large monographie sur les divers caustiques employés dans la pratique moderne. Il est fondé sur près de soixante-dix observations détaillées, dont plus de cinquante sont propres à l'auteur, et ont pour objet tantôt de constater pour chaque caustique des propriétés et une efficacité déjà connues, tantôt d'appuyer des vues nouvelles et des méthodes propres à l'auteur. Malgré son étendue, ce travail n'est pas complet, et l'auteur lui-même, confessant que le temps lui a manqué, se propose de l'achever et d'y mettre la dernière main. Quelques reproches lui ont été faits; conçu trop exclusivement peut-être au point de vue pratique, l'auteur n'a pas toujours paru suffisamment au courant des essais tentés dans la même direction; quelques théories hasardées ont besoin d'être revues; enfin, la classification pèche peut-être par un peu de confusion. Ces taches légères n'ôtent rien d'ailleurs au mérite solide de ce consciencieux travail qu'il est à désirer de voir bientôt compléter.

Le cachet qui renfermait le nom de l'auteur ayant été rompu, M. le président a proclamé le nom de M. Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du Rhône).

Le second prix, consistant en une médaille d'argent et une collection reliée du Bulletin a été décerné au mémoire n° 13 : *Études sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tartre stibié.* C'est une compilation consciencieuse de tout ce qui a été dit sur ce médicament héroïque ; et la plupart des déductions sont en outre étayées de nombreuses observations propres à l'auteur. La commission y eût désiré un peu plus de clarté dans l'exposition, et une critique plus sévère dans l'appréciation des faits, qui toutefois ont été recueillis avec un soin remarquable.

L'auteur est M. E. Bonamy, docteur-médecin à Nantes (Loire-Inf.).

Le premier accessit a été donné à l'unanimité au mémoire n° 12, ayant pour titre : *De la Thérapeutique appliquée ou des traitements spéciaux de quelques maladies chroniques.* Ce travail est l'œuvre d'un praticien consommé, qui n'a pas voulu laisser perdre les résultats de sa longue expérience. La commission l'a lu avec un grand intérêt ; et il a même été fortement balancé avec le n° 13 pour le deuxième prix ; ce qui l'a rejeté au rang inférieur, c'est surtout le défaut d'observations particulières pour appuyer les conclusions ; l'auteur se borne partout à donner en résumé les résultats qu'il a obtenus, et souvent même ces résultats sont purement approximatifs. Toutefois, considérant la valeur réelle de ce mémoire, la commission a exprimé le vœu qu'en outre de l'abonnement gratuit pour une année, il fût accordé par M. Miquel une médaille d'argent pour ce premier accessit.

L'auteur est M. le docteur Debreyne, professeur particulier de médecine pratique à la Grande-Trappe (Orne).

Le deuxième accessit a été décerné au mémoire n° 7, intitulé : *De la méthode ectrotique ou abortive appliquée au traitement des ophthalmies en général et des ophthalmies purulentes en particulier.* Ce travail a également une importance pratique incontestable.

L'auteur est M. Bernard, médecin à Champeaux (Seine-et-Marne).

Nous ajouterons en finissant, ainsi que nous l'avions fait dans une circonstance toute pareille, quelques avis pour les concurrents futurs. En applaudissant aux efforts faits pour se tenir au courant de la science, en reconnaissant dans plusieurs des mémoires présentés la preuve d'une érudition solide et consciencieuse, la commission doit faire remarquer deux choses : premièrement, que c'est bien peu de compiler et de rassembler tout ce qui a été fait et dit sur un sujet donné, si l'on ne porte dans ces recherches la lumière d'une sévère critique ; et deuxièmement que la critique, pour être solide et légitime, ne doit se baser que sur des faits. Or ces faits peuvent être sans doute empruntés en partie aux auteurs, mais non en totalité ; car, si l'écrivain

n'a pas d'observations à lui propres, il est bien difficile qu'il arrive à comprendre et à interpréter ceux des autres. En un mot, le concours est institué surtout en vue de la pratique, et des travaux de théorie pure n'y sauraient paraître avec avantage.

D'un autre côté, les praticiens ne sauraient trop se persuader que pour que leurs observations fassent poids, il faut que le lecteur en ait toutes les circonstances sous les yeux; car ce n'est point assez qu'on ait une juste confiance dans la bonne foi de l'observateur, il faut qu'on soit assuré contre toute erreur de sa part, et les faits bien recueillis donnent seuls cette certitude. Enfin, pour vanter et propager l'usage d'un moyen thérapeutique, il est essentiel de savoir s'il n'a pas échoué dans d'autres mains, afin de signaler la cause de ces échecs et raffermir la confiance ébranlée des applicateurs. C'est surtout l'érudition des faits que nous demandons, sans rejeter l'érudition en matière d'opinions et de doctrines; en un mot, un travail offrira peu de chose à reprendre s'il présente à la fois en regard les observations déjà acquises et celles qui sont propres à l'auteur, le tout soumis au contrôle d'une critique qui prend elle-même les faits pour point de départ.

Paris, le 12 janvier 1842. *Ont signé :*

Les Membres de la Commission :

BAYLE, agrégé de la Faculté de médecine;
FOY, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis;
FUSTER, agrégé de la Faculté de médecine;
JOBERT, chirug. de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Acad. de médec.
MALGAIGNE, chirurg. de Bicêtre, agrégé de la Fac. de méd., *secrétaire;*
MARTIN-SOLON, méd. de l'hôpital Beaujon, membre de l'Acad. de méd.;
MIQUEL, rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique;*
REQUIN, médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe), agrégé de la Faculté de méd.;
RÉVEILLÉ-PARISE, membre de l'Académie de méd., *président;*
RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens;
SANDRAS, médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe), agrégé de la Fac. de méd.;
SOUBEIRAN, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine.

DE L'INDICATION ET DE L'INFLUENCE DES DRASTIQUES DANS UN CERTAIN NOMBRE DE MALADIES.

Depuis que la méthode de Bacon, c'est-à-dire l'observation, est devenue, pour beaucoup d'entre nous au moins, le seul procédé logique de la science, nous nous sommes montrés très-sévères vis-à-vis des résultats énoncés au nom de cette méthode. Nous sommes bien loin de blâmer cette sévérité; nous dirons même que, dans l'intérêt bien conçu

des progrès de la science, nous regrettons qu'on la pratique généralement si peu, quand, en théorie, on en proclame si hautement la nécessité. La statistique, en s'annonçant comme le complément logique de cette méthode, a dit à son tour à quelles conditions l'expérience pouvait arriver à des conclusions légitimes; comme en beaucoup des choses humaines, le bien en ceci s'est trouvé mêlé à quelque mal, et le nombre devenant un élément essentiel dans l'esprit de ces deux méthodes, il en est résulté que certains faits, manquant de cet élément, ont été perdus pour la science. Il est facile de comprendre cependant que le nombre dans les faits n'a qu'une valeur artificielle, une valeur créée par la méthode elle-même, et que les faits, pour être peu nombreux, ne perdent point toute signification scientifique. M. Geoffroy Saint-Hilaire, en s'occupant des monstruosités, en se plaçant par conséquent dans l'exception, a jeté plus de lumière sur la théorie de la composition organique que ne l'avaient fait tous ceux qui l'avaient précédé, en se tenant à peu près exclusivement au point de vue de la généralité; le fait exceptionnel, le fait rare, pour parler le langage consacré en médecine, arrêtant en quelque sorte au milieu de son œuvre la loi qui le produit, nous montre au moins celle-ci sous un aspect inaccoutumé, sous une face inconnue, et acquiert ainsi une valeur indirecte incontestable. S'il en est ainsi des faits qui relèvent de l'observation immédiate, qui se produisent spontanément, cette réflexion s'applique bien plus directement encore aux faits que nous livre l'expérience proprement dite, que nous pouvons provoquer à volonté. En médecine, le champ que nous ouvre cette dernière, est encore fort étendue, bien que la conscience pose ici des bornes qu'il ne nous est point permis de dépasser; parmi les faits que nous a livrés l'expérience, et qui se trouvent ainsi sur la limite que celle-ci ne doit point franchir, il en est un certain nombre que nous avons en quelque sorte laissé échapper, dont nous n'avons suffisamment recherché le sens scientifique, et qui, bien que peu nombreux, et par cela seul, mis au rebut par la statistique, n'en ont pas moins une valeur scientifique réelle. Ce qui met hors de doute cette valeur, c'est la pratique, ce *criterium* incontesté de notre science.

Par l'interdiction dont les théories modernes ont frappé l'usage des drastiques dans les maladies, les cas où l'influence de ces agents a pu être observée sont devenus assez rares, et par contre, nous avons à peu près complétement oublié l'idée qui tend à en justifier scientifiquement l'application. Lorsque nous nous trouvons en face de certaines maladies nerveuses dont la nature nous est inconnue, et que nous avons épuisé la série des moyens méthodiques que l'expérience a consacrés, nous n'hésitons point à recourir à tels ou tels moyens profondément pertur-

bateurs, qui, suscitant dans l'économie des secousses violentes, aboutissent quelquefois au rétablissement de l'ordre. Dans quelques cas, nous prodiguons les émissions sanguines pour détruire un mouvement fluxionnaire qui menace un des principaux appareils de la vie ; ailleurs nous ne balançons point à faire courir, à un organisme souffrant, les chances toujours périlleuses d'une intoxication profonde. Nous apportons sans doute, et nous devons apporter dans l'usage d'une telle médication, la circonspection la plus grande ; celle-ci nous est commandée à la fois par l'incertitude de l'idée qui nous guide et par la puissance des forces, des mouvements spontanés de la vie. Les drastiques sont, eux aussi, des moyens à l'aide desquels nous pouvons, dans quelques cas, opérer une de ces métasyncrises violentes qui ramènent à l'état normal un organisme menacé de s'éteindre sous le travail de la maladie. Cette thérapeutique doit rentrer dans la pratique, aujourd'hui que la vie pathologique, comme la vie physiologique de la muqueuse gastro-intestinale est mieux connue, aujourd'hui que la plupart des maladies ne sont plus considérées comme les formes variées d'une lésion, d'un élément morbide identique, l'irritation. Un homme, dont le nom a été longtemps trop fameux parmi nous, Leroy a fait, sur une large échelle, de trop nombreuses expériences sur l'influence des drastiques dans les maladies. Il n'est en France aucun médecin peut-être qui n'ait gémi sur l'aveugle enthousiasme avec lequel cette méthode a été accueillie ; il y a eu sans doute de nombreuses victimes, mais il est incontestable, d'un autre côté, qu'un certain nombre de malades, après avoir vainement épuisé toutes les ressources d'une médecine rationnelle, ont recouvré la santé sous l'influence de cette méthode brutalement empirique. M. Andral, dont tout le monde connaît la prudente circonspection en thérapeutique, proclame hautement ce dernier résultat : Si c'était ici le lieu, dit-il[1], nous ne craindrions point de rappeler quelques cas bien constatés par nous, dans lesquels nous avons vu divers états morbides s'améliorer et guérir à la suite de l'administration du trop fameux purgatif Leroy, qui, débité par l'ignorance, a fait tant de victimes. Plus la direction actuelle des idées éloigne les médecins de ce genre de médication, plus il est important de s'enquérir de ses effets et de s'assurer si là, comme dans la plupart des choses humaines, un peu de bien ne se trouverait pas mêlé à beaucoup de mal. M. Andral, à la suite de ces réflexions, cite un fait intéressant dans lequel on voit des purgatifs fréquemment répétés faire promptement justice d'un état morbide auquel les médecins les plus distingués de Paris avaient vainement opposé

[1] *Clinique médicale*, t. II, p. 364.

jusque-là une médication antiphlogistique énergique. Nous allons nous-mêmes rapporter ici quelques cas qui montreront l'influence heureuse que peut exercer sur certains états morbides une perturbation violente, déterminée accidentellement par les purgatifs ordinaires ou provoquée expressément par l'usage des drastiques.

Obs. I. Une femme âgée de soixante ans, d'une constitution primitivement forte, mais détériorée par de longues misères, est atteinte d'un prurigo depuis plus de deux ans; ce prurigo n'existe point toujours avec la même intensité, tantôt aussi il est presque général, tantôt il est borné au tronc. La raison de ces variations a constamment échappé à la malade, ou au moins, les raisons qu'elle en donne ne nous paraissent point probables. Pendant la première année du mal, aucune médication suivie; fatiguée à la fin de la persistance, de la constance du prurit violent, que celui-ci détermine, elle se décida enfin à demander à l'art quelque soulagement. Voici la série des moyens qui ont été successivement employés : saignée de bras, boissons alcalines, bains de même nature, diète lactée pendant quelque temps, puis, nourriture aussi substantielle que le permet la position de la malade; enfin, lotions fréquentes avec l'infusion de plantes âcres, dont elle ne peut nous indiquer le nom, frictions avec une pommade soufrée. Ces divers moyens employés avec assez de suite, diminuent le prurit, mais n'exercent aucune influence appréciable sur l'étendue et la marche de la lésion locale. Les choses en étaient à ce point lorsque nous vîmes la malade; elle était alors dans l'état suivant : il est peu de points de la peau où l'on ne rencontre des traces de la maladie, mais c'est surtout au col, sur toute la poitrine et sur les membres qu'existent les papules les plus nombreuses, les plus larges, les plus dures et les plus saillantes; çà et là on trouve des papules naissantes, petites, complètes, ou déchirées et caractérisées alors par une petite croûte noirâtre; la démangeaison est quelquefois très-vive, mais jamais elle n'arrive au degré signalé par quelques auteurs, et qui empêche tout sommeil; habituellement l'appétit est bon et les digestions normales; la malade travaille encore chaque jour et supporte assez bien la fatigue. Depuis quelques jours seulement il y a inappétence, langue limoneuse; du reste, ventre souple, non douloureux, apyréxie complète. Dans la vue de combattre l'état suburral des premières voies, que nous croyons reconnaître, nous prescrivons 10 centigrammes de tartre stibié; cette quantité ne produisant aucun résultat, la malade en prend d'elle-même une nouvelle dose, de 10 centigrammes; également, point de vomissement; mais dans l'après-midi, selles nombreuses, abondantes. Pendant les huit premiers jours qui suivent cette purgation, la malade se trouve mieux, le prurit est moins

vif, la peau semble se nettoyer un peu, en ce sens que dans l'intervalle des papules la peau conserve plus généralement sa couleur normale : elle nous demande de la purger une seconde fois ; nous ne voyons point de contre-indication, et croyons devoir employer encore l'émétique. Ce sel produit encore le même effet, point de vomissement, selles très-fréquentes, et qui, cette fois, se prolongent pendant la nuit. Pendant six semaines le même moyen est continué tous les huit ou dix jours ; il en résulte chaque fois des selles fort abondantes, et à mesure que ces évacuations ont lieu, nous suivons avec étonnement la marche progressivement décroissante du mal. Au bout de trois mois, à partir de l'emploi du premier purgatif, la malade peut vraiment être considérée comme complétement guérie, car les papules les plus épaisses, les plus larges sont presque entièrement affaissées, et depuis longtemps, il n'y a plus de prurit, et de nouvelles papules ne se forment plus.

Les auteurs spéciaux les plus estimés n'indiquent même point généralement, dans le traitement du prurigo chronique, l'emploi des purgatifs, et ils fondent surtout cette exclusion, au moins implicite, sur ce que l'on voit presque constamment une irritation plus ou moins vive de la muqueuse gastro-intestinale coexister avec cette maladie. Nous croyons avec eux, qu'il existe, entre l'appareil tégumentaire externe et la muqueuse intestinale, une solidarité de vie qui doit souvent les rendre tributaires de leurs affections réciproques ; mais quand on accepte cette idée en pathogénie, il ne faut pas l'oublier en thérapeutique. Dans le cas que nous venons de citer, l'observation nous a démontré que l'influence exercée par le tégument externe malade sur le tégument interne, n'avait pas au moins abouti à développer, dans ce dernier tissu, un travail phlegmasique. Cette voie nous était donc ouverte pour agir thérapeutiquement sur l'organisme, et la solidarité de vie que nous reconnaissons exister entre les deux appareils, devait même nous faire présumer que cette voie était la plus sûre pour attaquer le mal. Le résultat a justifié cette présomption ; d'ailleurs ce serait, dans notre opinion, mal interpréter ce fait, que de voir une simple révulsion dans l'action exercée par le tartre stibié sur le tube digestif et ses annexes. Le résultat immédiat de cet agent a été une hypersécrétion biliaire et intestinale, et en même temps une modification du mode de vitalité habituelle du foie et de l'intestin ; mais cette modification a retenti sur tout l'organisme, et principalement sur le tégument externe, et, sous l'influence de cette perturbation forte, répétée, l'habitude morbide a disparu.

Dans un cas que nous avons eu occasion d'observer récemment, les choses se sont également passées de la même manière. Il s'agissait ici

d'une femme qui a eu pendant toute sa vie un grand nombre d'érysipèles qui affectaient presque toujours la face. L'an dernier cette femme a eu, à des intervalles assez rapprochés, trois maladies de ce genre. Simples dans leur marche, ces érysipèles n'ont exigé aucune médication active. Au mois d'avril de la même année, quelques symptômes de saburres gastriques, qui annonçaient presque constamment l'apparition du mal habituel, furent combattus par un purgatif énergique; pendant un mois, nous répétâmes le même moyen quatre fois, et non seulement, l'érysipèle que nous redoutions avec raison ne se développa point, mais pour la première fois depuis longues années, voilà près de dix-huit mois que cette maladie ne s'est point montrée. Il est bien évident qu'ici encore l'action thérapeutique, développée par l'agent employé, est tout tout autre chose qu'un simple phénomène de réaction; l'économie tout entière a été modifiée par l'intermédiaire de l'intestin, et la suppression d'une habitude morbide opiniâtre a été le résultat de la modification imprimée brusquement à l'ensemble des forces vives de l'organisme.

M. le professeur Andral, dont nous avons plus haut rappelé l'opinion sur l'utilité d'une perturbation énergique exercée sur toute l'étendue de la muqueuse intestinale, ne se borne point à faire de la spéculation sur ce point important de thérapeutique; nous l'avons vu quelquefois user de cette méthode thérapeutique avec une hardiesse que le résultat a complétement justifiée. Nous avons cité ailleurs le cas d'un individu, qui, atteint d'une angine toussillaire violente, prit, d'après le conseil de ce médecin, un purgatif actif, à la suite duquel survinrent plus de soixante garde-robes, et l'angine disparut immédiatement en même temps que le pouls tomba de 104 à 76 pulsations. L'an dernier, nous avons observé dans le service du même médecin, à la Charité, un cas de psoriasis dont la disparition brusque, sous l'influence d'un drastique énergique, nous a tous également frappés. Nous allons rapporter ici ce fait intéressant.

Obs. II. Une femme âgée de cinquante-six ans, d'une constitution assez forte, et placée dans des conditions hygiéniques convenables, a cessé d'être menstruée depuis quatre ans. A l'époque de la ménopause, elle a été atteinte d'un urticaire qui s'est promené successivement sur presque toute la surface du corps, qui a ensuite disparu, et n'est point revenu depuis. Durant l'hiver de 1839, érysipèle dont le siége était le dos, et auquel on n'opposa qu'une médication simple; quelque temps après la disparition de cet érysipèle, la malade se sentit mal à l'aise, courbaturée, et perdit l'appétit. Bientôt elle éprouva une sensation incommode, dont le siége était la peau qui correspond au flanc droit; peu à peu cette sensation incommode devint une véritable démangeai-

son, qui, dans les premiers jours, contraria au moins beaucoup le repos de la nuit, puis la malade aperçut une éruption dans le point indiqué; dès-lors elle entra à la Charité, où nous l'observons; nous la trouvons dans l'état suivant : la peau qui recouvre le flanc droit présente des plaques rouges irrégulièrement arrondies, faisant saillie au-dessus du niveau de la peau, et dans l'intervalle desquelles celle-ci est saine; sur quelques-unes de ces plaques, on voit des écailles légères que le toucher détache facilement sur quelques-unes, et qui adhèrent plus fortement sur quelques autres. La malade nous dit être dans cet état depuis plusieurs mois, et avoir vu des écailles, semblables à celles que nous observons, se former sur la plupart des plaques qui les supportent, tomber et se reproduire encore. Depuis le commencement du mal jusqu'ici, démangeaison plus ou moins vive, mais constante; du reste, apyrexie complète; il y a peu d'appétit, et c'est là le seul désordre fonctionnel que nous observons du côté de l'intestin. Jusqu'ici, plusieurs moyens ont été successivement employés, et n'ont produit aucune amélioration; les bains seuls ont calmé un peu la démangeaison, mais n'ont exercé aucune influence sur l'éruption elle-même. M. Andral prescrit à la malade 30 grammes d'eau-de-vie allemande [1], avec la même quantité de sirop de nerprun; des selles abondantes, sans coliques, et qui ne s'accompagnent d'aucune réaction sur la circulation générale, suivent l'administration de ce moyen. Le lendemain du jour où ces évacuations ont eu lieu, les plaques nous semblent déjà avoir un peu pâli. Prescription : eau-de-vie allemande, 60 grammes; sirop de nerprun, 30 grammes. Selles abondantes qui continuent tout le jour et presque toute la nuit. Dès-lors, la modification qu'a subie l'éruption sous l'influence de cette perturbation violente, n'est plus douteuse pour personne, les plaques n'offrent presque plus de rougeur en s'affaissant, les écailles tombent et ne sont plus renouvelées, et, au bout de cinq ou six jours, la peau ne présente plus que les traces d'une éruption complétement éteinte.

Tout le monde sait que le psoriasis, qui n'est à vrai dire, qu'une variété de la lèpre, se montre souvent rebelle aux médications les plus rationnelles. Biett, dont le nom rappelle les travaux les plus sérieux

[1] Voici la formule pharmacologique de ce drastique; nous l'indiquons ici parce qu'on la cherche vainement dans les formulaires modernes les plus accrédités :

Jalap choisi, concassé.	240 grammes.
Scammonée d'Alep.	60 grammes.
Racine de turbith.	30 grammes.
Eau-de-vie à 21 degrés.	3 kilogrammes.

des temps modernes sur la pathologie cutanée, en était arrivé à combattre cette affection opiniâtre par les préparations arsenicales et mercurielles prises à l'intérieur. Si les faits ont parlé en faveur de ces moyens, nous ne prétendons point résister à cet enseignement ; toutefois nous croyons que le fait qui précède, fût-il unique, commande, avant de s'adresser à ces médications aventureuses, d'essayer de l'influence d'une perturbation purgative énergique sur la maladie. Nous supposons ce fait unique ; mais on conçoit que ceux que nous avons précédemment rapportés, bien que non identiques en nature, rigoureusement et largement interprétés, poussent à la même conclusion. Il ne s'agit point ici d'une médication spécifique, qui, pour déployer son action thérapeutique, ne s'adresse qu'à la maladie nettement déterminée qu'elle combat, il s'agit d'une médication qui, changeant brusquement, ou d'une manière plus lente, mais forte, le mode actuel des fonctions vitales, doit nécessairement, si elle est poussée avec une vigueur suffisante, et qu'aucun accident ne vienne l'entraver, agir en même temps sur les fonctions morbides. Une telle médication n'a pas besoin de savoir le nom des maladies pour les guérir, si nous pouvons ainsi dire ; elle ébranle l'économie tout entière, et cette métasyncrise rappelle toutes les fonctions à l'état normal. Du reste nous n'avons, dans cet article, considéré l'influence d'une violente perturbation portée sur l'intestin, à l'aide des purgatifs énergiques, que dans les maladies de la peau, et les maladies de la peau affectant une marche lente ou présentant les conditions réelles de la chronicité ; mais là ne se borne point la puissance de cette médication : les annales de la science fourmillent de faits qui établissent la puissance de la médication drastique. Malheureusement le mal ici, comme en toutes choses, est à côté du bien, et la science attend encore l'homme de génie qui doit poser d'une manière nette et précise les indications et les contre-indications d'une thérapeutique qui court presque toujours la chance de faire du mal alors même qu'elle obtient les succès les plus éclatants. Que faire en de semblables conditions? Un instrument aussi utile, mais qui peut aussi devenir si dangereux, ne va qu'aux mains les plus habiles et les plus prudentes. Pour nous, nous avons dû constater ces faits, parce qu'ils ont leur signification scientifique, et qu'en les omettant, les idées modernes qu'ils contrarient, ne les suppriment pas. Nous avons déjà, à l'appui des idées que nous avons exprimées ici, invoqué une imposante autorité ; nous voulons, en terminant, en invoquer une autre qui n'est pas moins imposante :

« Au reste, dit M. Lordat[1], tous les médecins n'ont point voulu

[1] De la perpétuité de la médecine, p. 259.

admettre dans la pratique les méthodes perturbatrices; mais pourquoi? c'est à cause du danger. Ils ne les trouvent ni étrangères ni contraires à la raison; Stahl, par exemple, les proscrit formellement, parce que leur action tumultuaire l'épouvante. Mais les effets de ces causes survenues par hasard ou employées à dessein, ont été depuis longtemps appréciés de sang froid. La plupart en connaissent les avantages et les inconvénients; ils savent à peu près, *à priori*, et indépendamment des résultats, quels sont les cas où la prudence devient pusillanimité et le courage témérité. »

MÉMOIRE SUR LES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS DE LARYNGO-TRACHÉOTOMIE FAITES DANS UN CERTAIN NOMBRE DE CAS DE CROUP, A L'HOPITAL DES ENFANTS, ET SUR LES ACCIDENTS QUI PEUVENT SUIVRE CETTE OPÉRATION.

Par A. Becquerel, doct. en méd., lauréat de la fac. de méd. et des hôp. (médailles d'or), interne à l'hôpital des Enfants malades.

L'ouverture de la trachée artère ou du larynx dans des cas de croups, est un moyen thérapeutique sur la valeur duquel les opinions sont encore loin d'être arrêtées.

Préconisée et employée dans des cas d'angine très-intense, de laryngites très-graves, par Fabrice d'Aquapendente, Habicot, Severin, René Moreau, Dionis, Garengeot, Hunter, etc., etc, il est probable que ce fut dans des cas de croups qu'elle fut faite par ces hommes célèbres.

Plus tard elle fut pratiquée dans plusieurs cas de croups véritables, par Home Michaelis, Crawfort, Chaussier, et conseillée seulement par eux dans la dernière période de la maladie. Schwilgué la préconisa également; repoussée par Jurine, Albers, Royer-Collard, Frank, Vieq-d'Azyr, elle fut fortement défendue par Caron, Puissar, Bonnefox, Roux, J.-P. Franck, Boyer, etc. Un seul succès bien avéré existait dans la science, c'était celui d'André, cité par Borsieri.

C'est à M. Bretonneau que l'on doit d'avoir remis en honneur cette opération. Après six tentatives et six insuccès, une septième réussit; et, dès lors, ces opérations se multiplièrent. A l'époque du concours pour la chaire de médecine opératoire, devant la faculté de médecine de Paris, M. Lenoir disait, dans sa thèse, que M. Trousseau avait opéré cent sept enfants atteints de croup, dont vingt-cinq avaient guéri.

A l'époque où nous écrivons, ces nombreuses opérations ont conduit

beaucoup de médecins à se fonder sur les règles suivantes, pour conseiller et pratiquer l'ouverture de la trachée artère.

1° Cette opération doit être pratiquée lorsque la plupart des autres moyens thérapeutiques ont échoué, mais cependant lorsque la maladie n'est pas arrivée au dernier degré, et l'enfant sur le point de succomber, cas dans lesquels les chances de réussite sont beaucoup moindres ; quelques médecins conseillent l'opération dès le commencement de la maladie, c'est à dire dès qu'elle est suffisamment caractérisée pour être positivement diagnostiquée.

2° La laryngo-trachéotomie est l'opération généralement préférée.

3° L'introduction d'une certaine quantité de sang veineux après l'ouverture de la trachée, est surtout l'accident immédiat à craindre après l'opération.

4° Les accidents consécutifs sont la sortie de la canule (M. Trousseau l'a vu trois fois déterminer la mort), l'obstruction de la canule, le gonflement des parties molles, l'ulcération de la muqueuse trachéale, l'escarrification et même la perforation de la trachée, la nécrose des cartilages du larynx ou de la trachée, les fistules aériennes.

5° On admet généralement que la pneumonie est la complication la plus à craindre à la suite de l'opération.

Toutes ces propositions sont justes sous beaucoup de rapports, mais il est encore beaucoup de questions à décider à cet égard, et en particulier celles qui sont relatives aux complications morbides de diverse nature qui peuvent se développer à la suite soit du croup lui-même, soit de l'opération.

Le but que je me propose dans ce mémoire, n'est point de décider toutes ces questions, d'infirmer telle ou telle proposition déjà admise dans la science, mais seulement de présenter les résultats d'un certain nombre d'opérations de laryngo-trachéotomie, de poser un certain nombre de questions que je tâcherai d'éclaircir sans les résoudre complétement ; enfin de présenter des matériaux qui, mis en œuvre plus tard, ainsi que d'autres déjà nombreux existant dans la science sur le même sujet, pourront contribuer à la solution de ces graves questions. Doit-on pratiquer l'ouverture du larynx et de la trachée dans le croup? Dans quelles circonstances? Quelles sont les chances de succès ?

L'année 1841 a été marquée à l'hôpital des enfants par une constitution épidémique particulière, qui détermina simultanément un certain nombre d'affections pseudo-membraneuses, et de gangrènes. On observa des angines pseudo-membraneuses simples, d'autres compliquées de gangrènes, des angines gangréneuses proprement dites, des gangrènes de vésicatoires ou de sétons, enfin des laryngites pseudo-

membraneuses ou croups. Plusieurs de ces maladies existèrent souvent ensemble. Je donnerai plus tard et ailleurs l'histoire de cette épidémie ; qu'il me suffise d'établir ici qu'il y eut vingt cas de croup, nombre très-considérable pour l'hôpital des enfants, où dans les années ordinaires, on n'en observe que un, deux, trois, quatre à cinq au plus. J'en excepte les six derniers mois de l'année 1840, pendant lesquels la laryngite pseudo-membraneuse a régné, en quelque sorte, d'une manière épidémique (il y en eut vingt-six cas). Disons un mot de ces vingt cas qui tous sucombèrent, dix-neuf immédiatement ou peu de temps après le début de la maladie; un seul guérit, mais il mourut deux mois plus tard de tubercules pulmonaires : ce dernier enfant ne fut pas opéré. Sur ces vingt cas, il y eut treize garçons et sept filles, ils présentèrent les âges suivants : de deux à trois ans, un cas ; de trois à quatre ans, trois cas ; de quatre à cinq, trois cas ; de cinq à six, quatre cas ; de six à sept, deux cas ; de sept à huit, deux cas ; à huit un, à dix un, à onze un, à douze un, à quatorze un. Ces vingt cas furent ainsi répartis entre les mois de l'année : juin, trois cas ; mai, trois cas; septembre, trois cas ; octobre, trois cas ; février, deux cas ; mars, deux cas ; avril, deux cas; janvier un cas, juillet, un cas.

Ces vingt observations n'ont pas toutes été recueillies par moi, j'en dois la moitié au moins à mes excellents amis MM. Legendre, Contour, Durand et Taviguot qui ont bien voulu mettre à ma disposition les notes qu'ils avaient recueillies à cet égard. Sur les vingt cas, neuf ont subi l'opération de la laryngo-trachéotomie, trois ont été opérés par M. Contour, trois par moi, un par M. Taviguot, un par M. Durand, un dernier a été opéré par M. Guersant fils, chirurgien de l'hôpital.

Nous allons étudier 1° dans qu'elles circonstances l'opération a été pratiquée ; 2° quels ont été les résultats immédiats de l'opération ; 3° quels ont été les résultats consécutif. Avant d'exposer les faits et de discuter ces questions dont les deux dernières seront nécessairement subdivisées en plusieurs autres, commençons par établir la proposition générale suivante.

I. *Le seul fait de la présence d'un enfant dans un lieu où un grand nombre de jeunes sujets sont rassemblés, et surtout de malades, par conséquent un hôpital, est déjà une chose très-fâcheuse qui devra exercer une influence sur les chances de succès de l'opération.*

Cette influence est incontestable et ne saurait être niée. Une telle réunion d'enfants, et surtout d'enfants malades, est une cause réelle d'infection ; cette infection n'est pas plus forte que celle que produirait un même rassemblement d'adultes, mais ses effets sont plus sensibles

ct plus caractérisés en raison de l'âge des jeunes sujets et de l'absorption beaucoup plus active qui en est l'apanage. Sous l'influence de cette cause infectieuse, on voit à l'hôpital des enfants se développer des complications qui peuvent entraîner les malades. Ainsi par cela seul qu'un jeune enfant de l'âge de deux à cinq ou six ans (ce n'est que chez ceux là que la cause infectieuse a plus de prises), reste un certain temps couché dons les salles de cet établissement, on peut redouter pour lui une pneumonie, et spécialement une pneumonie lobulaire, une entéro-colite, un état anémique qui est presque endémique dans les salles où sont les berceaux.

Ces complications se développent avec d'autant plus de facilité que les enfants sont plus jeunes, et qu'ils sont déjà affectés d'autres maladies. Or nous avons malheureusement toutes ces causes réunies chez les enfants atteints de croup, c'est à dire séjour dans un hôpital d'enfants; développement de la maladie beaucoup plus fréquent de deux à huit ans; enfin maladie antérieure ayant déjà gravement atteint la constitution, c'est à dire le croup. Ne perdons donc pas de vue cette grande circonstance dans l'appréciation des effets de la trachéotomie à l'hôpital des enfants.

II. *Dans quelles circonstances l'opération a-t-elle été pratiquée?* — Dans tous les cas, sans exception, les enfants étaient gravement malades et dans un état véritablement désespéré; ils n'avaient plus aucune autre chance de salut. Parmi ces neuf cas, un opéré par M. Contour doit être éliminé, la trachéotomie fut faite à l'instant où le jeune malade venait de succomber, elle fut plutôt pratiquée dans l'intention d'essayer de rappeler le jeune sujet à la vie.

Un cas fut opéré par moi; il s'agissait d'une jeune fille de quatre ans, pour laquelle je fus appelé en ville, le troisième jour de sa maladie. Cette enfant était gravement malade, la toux et la voix éteintes, la suffocation imminente, et l'auscultation du larynx donnait dans les deux temps un bruit très-rude, et parfois seulement une espèce de clapottement. Le diagnostic était très-facile, d'autant plus qu'il existait des fausses membranes sur les amygdales et dans plusieurs points du pharynx. Ne trouvant pas encore qu'il y eût urgence, et ayant affaire à des parents pauvres, habitant dans une chambre petite, mal éclairée, mal aérée, malsaine, et d'ailleurs pensant qu'il faudrait qu'un homme de l'art restât auprès d'elle après l'opération, je la fis conduire immédiatement à l'hôpital des enfants; le voyage aggrava beaucoup son état, et lorsqu'elle fut placée sur un lit, je la trouvai menacée d'asphyxie et sur le point d'étouffer, je fis l'opération, mais l'ouverture de la trachée, ne soulagea pas beaucoup la malade, mal-

gré l'emploi du dilatateur pour maintenir béante l'ouverture ; la petite malade ne fit que quelques inspirations, puis mourut, sans qu'on pût attribuer à l'écoulement d'une certaine quantité de sang dans la trachée et les bronches, l'asphyxie qui termina la scène.

A l'autopsie, on trouva une fausse membrane complète, tout à fait cylindrique, peu adhérente, sauf au larynx, et occupant cet organe, ainsi que les deux tiers supérieurs de la trachée. Si l'opération eût été faite une demie heure plus tôt, et si on avait pu enlever la fausse membrane, nul doute qu'il n'y eût eu beaucoup de chances de succès.

Dans un troisième cas, M. Guersant fils, pratiqua l'opération dans un cas de laryngite striduleuse, simulant parfaitement le croup, aucune fausse membrane ne sortit par l'ouverture, et on n'en rencontra aucune à l'autopsie.

Les neuf cas furent opérés à l'époque suivante de la maladie, un au deuxième jour, trois au troisième jour, trois au quatrième, un au cinquième et un au sixième.

III. *Résultats immédiats de l'opération.* — Nous ne nous occuperons que de sept cas, ayant retranché les deux que j'ai cités plus haut.

Dans aucun cas, il ne pénétra assez de sang dans la trachée pour nous faire craindre que cette quantité pût contribuer à déterminer l'asphyxie.

Le manuel opératoire ne présenta dans aucuns cas de difficultés. L'opération fut toujours faite assez rapidement.

Dans quatre d'entre eux, il y eut après l'opération une syncope qui dura, en général, peu de temps, sauf dans l'un d'eux opéré par moi ; dans ce cas, elle fut si complète que nous crûmes l'enfant mort, et que nous allions le laisser, lorsque M. Legendre ayant pratiqué pendant près de dix minutes, la respiration artificielle, nous avons été assez heureux pour la voir réussir; cet exemple doit engager les praticiens à combattre activement ces syncopes, et à pratiquer la respiration artificielle, en comprimant alternativement la poitrine et l'abdomen.

Qu'il y eût eu une syncope, ou sans qu'elle eût lieu, on observa presque constamment une amélioration notable, les enfants semblaient renaître, la respiration diminuait de fréquence, elle devenait plus libre, la face perdait la teinte violacée qu'elle présentait avant, lorsque l'asphyxie était imminente. Cette période ne se passait pas toujours cependant sans orage, et il y avait des quintes de toux, soit spontanées, soit provoquées par l'égouvillon que l'on passait dans la trachée. Ces quintes avaient pour effet d'expulser quelques fausses membranes

ou seulement des mucosités. On doit noter ici un fait remarquable, c'est que dans plusieurs cas on enlèva, après l'ouverture de la trachée, toutes les fausses membranes qui existaient. Elle ne se reproduisaient que faibles, peu consistantes ou même pas du tout; cependant le malade n'était pas guéri; si on fermait la plaie, la suffocation devenait imminente et il était exposé aux complications que je vais passer tout à l'heure en revue.

IV. *Résultats consécutifs de l'opération.* — Ces résultats ou ces conséquences peuvent dépendre de trois circonstances différentes qui, souvent, combinent leur action et agissent dans le même sens, c'est-à-dire pour déterminer des complications et la mort de l'enfant. Ce sont:

1° Le séjour à l'hôpital; 2° La persistance de la maladie (le croup); 3° l'opération elle-même. Souvent il est difficile d'attribuer la complication ou la mort, à une de ces trois circonstances, j'essaierai cependant de le faire.

La mort a eu lieu dans les sept cas que j'analyse maintenant (les deux autres ayant été mis à part, à cause de la rapidité de la terminaison fatale). Le temps qui s'est écoulé entre l'opération et la mort, a varié. Les sept cas ont fourni les résultats suivants: une fois, sept heures après; une fois, dix heures; une fois, vingt-neuf heures; une fois, trente-six heures; une fois, quarante-deux heures; une fois, le septième jour, et une fois le dixième jour.

Voyons quels sont les accidents qui ont été observés à la suite de l'opération.

1° La persistance de la dyspnée. Elle ne s'est presque toujours montrée que par accès, et s'accompagnant de quintes d'une toux basse, enrouée, étouffée. Elle diminuait lors qu'il y avait eu expulsion des mucosités

2° La sécrétion d'une quantité surabondante de mucus ou de mucopus.

J'ai été frappé dans trois de ces cas, de la quantité énorme de mucosités qui étaient sécrétées par la muqueuse bronchique. Elles étaient si abondantes, qu'en peu d'heures la totalité des bronches aurait certainement été remplie, si elles n'avaient été expulsées. Elles étaient beaucoup plus abondantes que celles qu'on aurait pu observer dans n'importe quelle bronchite des enfants, et ce qu'il y eut de remarquable, c'est que dans deux de ces trois cas, on n'a trouvé aucune altération appréciable de la muqueuse bronchique. Ces mucosités furent si abondantes dans deux cas que, lorsque les enfants s'endormaient un instant, elles sortaient par la canule et humectaient fortement les draps. L'existence d'un râle muqueux général dénotait la présence de

ces mucosités dans les petites bronches. Quelle est la cause de cette sécrétion anormale? il faut sans doute l'attribuer à l'influence inaccoutumée d'un air froid sur la muqueuse bronchique ; cet air y arrive, en effet, sans être passé comme dans l'état normal à travers la bouche et le pharynx, à travers lesquels il prend déjà une température plus élevée. Lorsque les petits malades approchaient de leur fin, il arrivait souvent que la force nécessaire pour l'expulsion de ces mucosités leur manquait, et qu'ils étaient menacés de suffocation; il fallait alors instiller quelques gouttes d'eau dans la canule, pour exciter la muqueuse bronchique et favoriser ainsi l'expulsion du produit de leur sécrétion. Une des causes de la dyspnée sous l'influence de ces mucosités était leur facile dessication dans la canule, et l'obstruction de cette dernière qu'il fallait déboucher avec soin, et du reste, changer souvent.

3° Le développement d'une trachéo-bronchite plus ou moins étendue, est encore une complication à craindre. C'est avec la pneumonie, une des causes de la fièvre violente qu'on observe après l'opération.

4° La pneumonie lobaire ou lobulaire, est une complication assez fréquente du croup lorsqu'il y a eu trachéotomie, comme du reste, lorsque cette opération n'a pas été faite ; la proportion se trouvant à peu près la même dans l'un et l'autre cas, on doit plutôt l'attribuer à la maladie qu'à l'opération.

5° *La fièvre.* — Indépendamment de toute complication de phlegmasie, on observe constamment après la trachéotomie une fièvre intense, qui, presque toujours du reste, existait avant l'opération ; cependant elle semble souvent augmenter. La peau est très-chaude, le pouls très-fréquent et fort quelquefois. La réaction est tellement forte, la peau si chaude, que sans qu'on découvre de bronchite ou de pneumonie, elle a suffi (deux cas) pour nécessiter l'emploi d'une petite saignée générale, qui, du reste, a soulagé les malades et a diminué l'intensité du mouvement fébrile.

6° *Le délire.* — Dans un cas, le délire qui existait avant l'opération, a cédé pendant quelques instants après, mais il est revenu ensuite.

7° *Convulsions.* Elles ont existé dans deux cas ; dans un, elles se sont montrées deux jours avant la mort, puis elles ont cessé pour revenir ensuite. Dans un autre, elles ont été presque immédiatement suivies de la mort.

8° *La gangrène des bords de la plaie.*—Elle fut observée chez le jeune enfant, qui ne succomba que le dixième jour, et l'état général qu'il présenta les deux derniers, ne me permit pas de douter qu'elle

n'ait été sans exercer quelque influence sur la terminaison fatale. On doit noter que cette gangrène survint sous une influence épidémique qui régnait alors à l'hôpital des enfants, et que chez le jeune sujet il existait simultanément une gangrène d'un vésicatoire appliqué sur le thorax. Ici, l'opération et la présence de la canule ont ont été causes occasionnelles d'une affection qui s'est développée sous l'influence d'une cause générale. Dans ce cas, la gangrène détermina un érysipèle de la partie antérieure du col.

9° L'emphysème du col est signalé chez le jeune malade, opéré par M. Guersant fils; on doit se demander s'il n'a pas été aussi sans exercer quelque influence sur la terminaison fatale de la maladie.

10° Je ne signale pas ici le gonflement des lèvres de la plaie, ni l'engorgement de la canule par des mucosités, parce que ce sont des inconvénients qui se rencontrent dans presque toutes les opérations de trachéotomie.

V. ***Résultats fournis par l'autopsie.*** — Telles sont les principaux accidents qui ont été observés pendant la vie. Avant de nous prononcer sur les causes de la mort, voyons quels sont les résultats qui nous sont fournis par l'autopsie.

1° Chez un jeune sujet, celui opéré par M. Guersant, on ne trouva qu'un peu de mucus dans la trachée et le larynx, et une pneumonie lobaire au deuxième degré à droite. On est en droit de se demander si dans ce cas il s'agissait d'une simple laryngite-striduleuse ou d'un croup nerveux, ou bien si les fausses membranes existant pendant la vie, mais petites, peu développées, ont été rejetées à l'insu des observateurs après l'opération ou consécutivement dans les quintes de toux? L'enfant succomba dix-neuf heures après l'opération.

Dans trois des six autres cas, il existait de fausses membranes dans le pharynx, et, par conséquent, une angine pseudo-membraneuse; dans un de ces trois cas elles se prolongeaient dans les fosses nasales.

Dans un cas on ne retrouva plus aucune fausse membrane à l'autopsie, mais elles avaient été enlevées après l'opération ou expulsées ensuite, il y en avait même eu des fragments considérables. Chez cet enfant, opéré par M. Durand, on ne trouva aucune lésion, il n'y avait ni bronchite, ni pneumonie; il y eut pendant la vie une abondante sécrétion de mucosités.

Dans trois des six cas on trouva des fausses membranes dans les bronches; elles étaient plus ou moins abondantes, mais dans aucun on ne trouva dans les petites bronches, du pus, et la transition, signalée par M. Fauvel dans sa thèse, entre ce pus et l'organisation de plus en plus avancée des fausses membranes.

Dans un cas (celui qui succomba le dixième jour) il existait une trachéo-bronchite intense.

Dans quatre des sept cas existait une pneumonie soit lobaire, soit lobulaire, tantôt simple, tantôt double.—Deux fois elle fut lobaire, une fois lobulaire et lobaire en même temps, et une fois lobulaire.— Dans deux cas elle siégea à droite; dans les deux autres elle existait des deux côtés.

Pour résumer ces sept cas, nous avons :

Premier cas. Aucune fausse membrane. Hépatisation d'une partie du poumon droit.

Deuxième cas. Aucune fausse membrane à l'autopsie (il y en avait eu pendant la vie), aucune autre lésion à l'autopsie.

Troisième cas. Fausses membranes dans le pharynx, les fosses nasales, le larynx et les bronches; l'égouvillement les avait fait disparaître de la trachée —Pneumonie lobaire et lobulaire siégeant des deux côtés.

Quatrième cas. Fausses membranes à la base de l'épiglotte, et traces dans la trachée. Pneumonie lobaire dans le poumon droit.

Cinquième cas. Fausses membranes dans les bronches. Absence de pneumonie.

Sixième cas. Fausses membranes dans le pharynx et le larynx, il n'y en a pas dans la trachée ni les bronches. Il n'y a pas de pneumonie.

Septième cas. Fausses membranes dans le larynx, la trachée, les bronches. Pneumonie lobulaire et lobaire,

VI. *Causes de la mort.* — Nous pouvons maintenant décider cette question : quelles sont les causes de la mort à la suite de l'ouverture de la trachée ?

Ces causes sont : 1° la bronchite, ou bien sans quelle existe, la sécrétion abondante de mucosités bronchiques; 2° la pneumonie; 3° la persistance du croup et surtout la présence de fausses membranes dans les ramifications bronchiques; elles s'opposent à la respiration, et les jeunes malades meurent asphyxiés; 4° les malades peuvent succomber par suite de développement de convulsions et cela sans qu'on trouve aucune lésion dans le cerveau ou ses membranes; 5° enfin, dans certains cas, la mort arrive sans aucune lésion locale; elle est la conséquence de l'état général qui s'accompagne de fièvre et de dyspnée.

Ce dernier mode de terminaison ne doit pas être perdu de vue et il devra être pris en considération lorsqu'on voudra balancer les chances de succès et d'insuccès dans l'opération de la trachéotomie. Telle est l'histoire des neuf opérations de laryngo-trachéotomie qui ont été pratiquées à l'hôpital des enfants pendant l'année 1841. J'essaierai maintenant, dans la prochaine livraison de ce journal, en m'appuyant

sur ces faits et sur ceux beaucoup plus nombreux qui ont été observés depuis plusieurs années à l'hôpital des enfants, de tracer quelques règles relatives aux indications de la trachéotomie et à ses chances dans le croup.

A. Becquerel.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT SPÉCIAL QU'IL CONVIENT D'APPLIQUER A L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE,

Par M. P. Ricord, chirurgien de l'hôpital des vénériens.

D'après ce que nous avons dit dans notre précédent article[1], relativement à l'ophthalmie blennorrhagique réputée vénérienne, le praticien a dû rester convaincu qu'il s'agit d'une affection très-rapide dans sa marche, très-fâcheuse dans ses terminaisons, et à laquelle il est de la plus haute importance d'appliquer une méthode de traitement dont l'énergie soit en rapport avec la gravité du mal qu'on a à combattre. Ici, toute incertitude, tout tâtonnement, conduit presque inévitablement à la perte de l'œil. Pour ma part, depuis vingt années que je fréquente les hôpitaux je n'ai jamais vu de résultats constants et soutenus dans les moyens thérapeutiques employés, que depuis l'époque où le nitrate d'argent a été appliqué comme méthode générale. Les antiphlogistiques mis en usage de la manière la plus vigoureuse, et sous toutes les formes, peuvent bien constituer une médication adjuvante de la plus grande importance, mais comme traitement unique, ce sont des moyens sur lesquels il faudrait bien se garder de compter. Les révulsifs de tout genre : pédiluves, purgatifs, vésicatoires, sétons, trouvent également leurs applications; mais compter encore sur ces moyens tout seuls, ce serait s'exposer à perdre autant d'yeux qu'on les aurait appliqués de fois. Les médicaments réputés spécifiques, mercuriaux ou antiblennorrhagiques, ne donnent pas plus de garanties. Le mercure pris à l'intérieur, comme médication générale, ou appliqué localement, est, de tous les moyens, celui auquel on doit le plus rarement avoir recours, non seulement comme médication absolue, mais même comme propre à remplir quelques indications. L'ophthalmie blennorrhagique n'étant en aucune

[1] Voir la dernière livraison, tome XXI, page 347.

façon liée au principe syphilitique proprement dit, le mercure est aussi inefficace dans la blennorrhagie en général et dans l'ophthalmie blennorrhagique en particulier, qu'il est puissant dans quelques-unes des périodes de la syphilis. Quant aux antiblennorrhagiques, cubèbe ou copahu, autant ces médicaments sont avantageux dans la blennorrhagie urétrale, autant ils sont inactifs contre la blennorrhagie oculaire; s'ils ont pu dans quelques cas aider un peu au traitement de cette affection, ce n'est guère qu'à titre de révulsifs, que tous autres révulsifs pourraient remplacer, mais jamais en vertu des propriétés spéciales qu'ils possèdent au plus haut degré dans les cas où l'urètre est affecté; compter sur eux, les préconiser comme l'ont fait encore récemment quelques personnes, c'est, selon nous, émettre des principes très-dangereux, car l'ophthalmie blennorrhagique ne vous donne que le temps d'employer des remèdes utiles!

Pour ce qui est du rappel de l'écoulement urétral, les observations que j'ai été à même de recueillir m'ont bien convaincu que les différents moyens proposés à ce sujet, soit l'irritation de l'urètre par une bougie simple; soit les injections irritantes dans le canal; soit l'introduction de nouvelle matière blennorrhagique propre à développer une nouvelle affection ou à faire passer à un état plus aigu celle qui était déjà sur son déclin; soit enfin les rapports sexuels, étaient plus nuisibles qu'utiles en rappelant un premier symptôme fâcheux (la blennorrhagie urétrale) dont les malades avaient été un moment débarrassés, sans produire aucune espèce d'amélioration sur l'affection oculaire, qui, comme nous l'avons dit précédemment, ne nous paraît dans aucun cas, devoir être attribuée à une métastase.

Bien qu'aujourd'hui le plus grand nombre des praticiens semble être d'accord sur les moyens à employer dans l'ophthalmie blennorrhagique vénérienne, et que nous n'ayons rien de bien précisément neuf à indiquer dans la pratique, comme le traitement ne nous paraît pas nettement arrêté dans la plupart des bons ouvrages que nous possédons sur l'ophthalmologie, il nous a paru utile, pour encourager les médecins à recourir à la méthode la plus efficace, d'ajouter ici l'autorité d'une expérience de dix années aux sages conseils que quelques écrivains récents ont donnés, et de formuler la médication qui jusqu'à ce jour ne nous a jamais failli.

L'ophthalmie blennorrhagique, étant le plus ordinairement la conséquence de la contagion directe, le médecin qui traite un individu affecté de blennorrhagie, doit le prévenir sur les dangers qui peuvent exister à porter ses doigts souillés de la matière de l'écoulement sur ses yeux; il ne faut jamais manquer de recommander dans ces cas la plus extrême propreté.

Il est également important de défendre à tout individu affecté d'ophthalmie blennorrhagique de coucher dans le même lit avec un individu sain. J'ai été à même d'observer un cas de blennorrhagie oculaire, que j'ai cru devoir rapporter à des oreillers salis par de la matière muco-purulente fournie par l'œil d'un malade.

Il arrive souvent, au moment où on pratique des injections dans les yeux des individus affectés d'ophthalmies purulentes vénériennes, que la direction du jet du liquide peut être tel que la matière morbifique puisse être chassée et portée dans les yeux des aides ou de l'opérateur lui-même. Nous ne saurions trop recommander de prudence à cet égard.

Loin de redouter la repercussion de la blennorrhagie génitale, comme cause de l'ophthalmie blennorrhagique, nous émettons le principe que, plus tôt on fait disparaître la blennorrhagie des organes génitaux, plus tôt, en enlevant cette cause, on met le malade à l'abri de l'ophthalmie ; ajoutez à cela que ce n'est jamais tout à fait au début, et dans les premiers jours de la blennorrhagie des organes génitaux, que l'ophthalmie se développe, et vous aurez une raison de plus d'insister, comme je l'ai fait depuis longtemps, sur la méthode abortive, proprement dite, des écoulements des organes de la génération.

Quel que soit le point de départ auquel on puisse rapporter l'ophthalmie blennorrhagique, qu'on la suppose de contagion directe ou née sous l'influence de conditions pathogéniques générales, toutes les fois qu'on voit la conjonctive s'affecter chez un individu ayant actuellement une blennorrhagie urétrale, sans attendre que la maladie ait pris un plus grand développement qu'elle soit arrivée à fournir des signes de diagnostic positifs, il faut lui opposer, dût-on se tromper sur sa nature, un traitement abortif beaucoup plus énergique qu'on ne le ferait dans tout autre cas de conjonctivité au début. S'il n'y a encore qu'un peu de rougeur de la conjonctive, que celle-ci soit partielle ou générale, l'œil doit être garanti de la lumière, soumis au repos le plus absolu ; le ventre doit être tenu parfaitement libre et un régime plus sévère que celui qu'on employait déjà doit être recommandé. Si l'affection blennorrhagique des organes génitaux est accompagnée d'un mouvement fébrile, ou que la fièvre se soit développée avant ou depuis que l'œil commence à rougir, une application de sangsues proportionnée aux forces du malade doit être faite à la tempe, un peu loin des paupières et sur la direction de la jugulaire du même côté ; mais, surtout il ne faut pas hésiter à toucher avec le nitrate d'argent les points où la muqueuse paraît malade Des cautérisations superficielles, et nous insistons sur ce mot, qui pourraient être faites dans quelques cas où on

se serait trompé sur la nature de la maladie qui va se développer, n'ont jamais par elles-mêmes le moindre inconvénient; tandis que si on avait tardé à les faire, on aurait pu manquer les bénéfices du traitement abortif et laisser s'accroître une maladie bientôt très-grave et très-difficile à vaincre.

Quand on prend l'affection tout à fait au début, une ou deux cautérisations peuvent suffire; du reste, après la première, les cautérisations ultérieures ne sont indiquées que par la persistance des premiers symptômes qu'on avait observés, ou par le développement de la maladie quand même. Mais, après la cautérisation, il faut faire faire usage au malade d'un collyre composé avec le nitrate d'argent. Une solution de 5 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, suffit ordinairement; ce collyre est employé trois ou quatre fois par jour.

Si la maladie continue à s'aggraver, ou si le malade ne réclame des soins qu'alors que l'affection a déjà acquis un développement plus ou moins complet, que la conjonctive oculaire et palpébrale est prise plus profondément, qu'elle est déjà recouverte de granulations, qu'elle fournit une sécrétion muco-purulente plus ou moins abondante, que les paupières sont déjà le siége d'une tuméfaction plus ou moins considérable, mais qu'il n'existe pas encore de chémosis bien prononcé, quelle que soit l'acuité, qu'il existe ou non des phénomènes de réaction fébrile, le nitrate d'argent doit toujours être employé.

Il faut, autant que possible, soit qu'on se serve du nitrate d'argent sous forme solide ou sous forme liquide, que toutes les parties affectées soient touchées; mais on doit prendre plus de soin que quelques personnes n'ont paru le faire, de ne pas porter le nitrate d'argent sur la cornée; on doit même prendre bien garde, qu'après avoir cautérisé la face interne des paupières, un reste de sel d'argent qui ne serait pas encore épuisé sur la muqueuse qui les double, ne vienne s'appliquer sur la cornée transparente et n'y détermine plus tard des altérations fâcheuses.

Le nitrate d'argent bien employé, dans les cas qui paraissent les plus graves, loin d'accroître, comme la théorie pourrait d'abord le faire penser, les phénomènes inflammatoires, devient au contraire l'antiphlogistique par excellence; la douleur, qui était peut-être très-considérable jusque-là, qui même avait momentanément augmenté par l'application du caustique, ne tarde pas à diminuer; de telle sorte qu'on peut dire que si le nitrate d'argent est, dans ces cas, un excellent antiphlogistique, il est aussi un très-bon sédatif. C'est dans ces circonstances très-graves qu'on peut vraiment apprécier l'action spéciale que le sel d'argent exerce sur les muqueuses enflammées.

Toutefois, pour tirer un bon parti du nitrate d'argent, il faut savoir le manier à la fois avec énergie et prudence. Voici les indications d'après lesquelles je me conduis. Après une première application, si je n'ai obtenu ni diminution du gonflement, ni diminution de la douleur (il est bien entendu qu'il n'est pas question de celle qu'a produite momentanément le caustique), si la sécrétion morbifique n'est pas devenue moindre, si surtout elle n'a pas changé d'aspect, de consistance, si elle n'est pas plus ténue, roussâtre, sanguinolente, une seconde application doit être faite. Pour juger de ces conditions, quand la maladie marche avec beaucoup d'acuité, il ne faut pas attendre plus de quatre, cinq ou six heures. C'est dans la même journée qu'on doit avoir un résultat et savoir si l'on doit s'arrêter ou s'il est urgent d'appliquer de nouveau l'azotate d'argent. Ce sel détermine d'abord, sur les parties qu'il a touchées, une pellicule plus ou moins épaisse, d'un blanc grisâtre, et qui n'est autre chose qu'une escarre; tant qu'on retrouve les parties encore couvertes de cette escarre, il n'est pas nécessaire d'y retoucher; mais, comme l'escarre n'est pas toujours également profonde sur les divers points de la conjonctive, et qu'elle ne se détache pas partout en même temps, dans les endroits où on ne la rencontrerait plus et où les phénomènes morbifiques marcheraient de nouveau, il faudrait revenir à la cautérisation.

En procédant ainsi, s'il est des cas comme nous l'avons dit, dans lesquels il faille cautériser deux fois dans la même journée, il en est d'autres où cela n'est nécessaire que toutes les vingt-quatre heures et même à deux ou trois jours d'intervalle.

Le nitrate d'argent a été appliqué de diverses manières, soit sous forme de solution, soit sous forme de crayons, soit sous celle de poudre. Chacune de ces méthodes est également bonne quand on sait s'en servir; la plus commode pourtant, et la plus facile à mettre en usage, c'est incontestablement la solution, surtout quand on a affaire à des enfants ou à des individus peu dociles; mais elle a un inconvénient, c'est de porter également partout et au même degré d'intensité. La solution que j'emploie est ainsi composée : 2 grammes de nitrate d'argent pour 8 grammes d'eau distillée. Quelques personnes emploient des solutions plus faibles, d'autres en ont employé de plus fortes, mais celle-là nous a paru tenir un juste-milieu convenable. Pour son application, on se sert d'un pinceau en poil de chameau; on peut commencer par la paupière inférieure qu'on renverse de manière à porter la solution sur sa muqueuse et sur toute celle du globe oculaire accessible pendant ce temps de l'opération; puis, en la laissant revenir à sa place, on relève la paupière supérieure en cherchant à la renverser au

moyen des cils ; la même solution est également appliquée sur cette partie de la conjonctive et sur celle du reste de l'œil.

Nous avons dit qu'il était important que la cornée transparente fût ménagée ; pour cela, on a conseillé l'application d'une petite goutte d'huile sur cette partie de l'œil ; mais on peut très-bien se passer de ce moyen en faisant, immédiatement après l'application du nitrate d'argent, une légère injection d'eau qui lave les surfaces et emporte aussi l'excédant du caustique. Je préfère ce procédé au premier, parce qu'il arrive souvent que l'huile qu'on voudrait placer sur la cornée avant l'opération, coule sur la conjonctive et s'oppose ainsi à l'application immédiate du caustique ; si on n'emploie l'huile qu'après, le temps nécessaire à son application est tout aussi long, et m'a paru moins efficace que l'injection d'eau.

L'application du nitrate d'argent solide est celle à laquelle je donne généralement la préférence. Toutes les fois qu'on peut se servir du crayon, et l'on peut dire que c'est dans la plus grande majorité des cas, on a l'avantage de pouvoir également toucher partout plus ou moins profondément, selon les conditions des tissus auxquels on a affaire ; insistant davantage là où les granulations sont plus prononcées, là où l'on peut avoir déjà des fongosités. Mais ici il faut être plus soigneux dans l'emploi ultérieur des injections, parce qu'il arrive très-souvent que des portions de nitrate d'argent ont pu se détacher du crayon sans épuiser leur action sur les points des muqueuses qu'on voulait toucher, et la cornée a pu être ensuite cautérisée et profondément altérée.

Quant à la poudre qui peut être portée, soit à l'aide d'un pinceau préalablement mouillé, soit à l'aide d'une estompe, je ne m'en sers guère que dans les cas où il faut l'appliquer partiellement sur un seul point, et surtout quand il s'agit d'ulcérations de la cornée. Son emploi uniforme est beaucoup plus difficile que celui de la solution ou du crayon.

En général, la cautérisation doit être faite de manière à blanchir légèrement les surfaces de la conjonctive ; c'est, en un mot, une modification des surfaces et non une destruction des tissus qu'on doit avoir en vue, à moins qu'il n'y ait des développements morbides à réprimer ou à emporter de toutes pièces.

Quand il existe un chémosis, œdémateux peu développé, la cautérisation peut en faire justice ; mais, pour peu qu'il ait pris de l'accroissement, le conseil donné et suivi par Sanson, nous paraît devoir être rigoureusement mis en usage ; il faut en faire l'excision à l'aide de pinces fines à crochets et de petits ciseaux courbes sur leur plat. Non seulement en procédant ainsi, on fait disparaître instantanément une

complication fâcheuse de la maladie, mais on produit une saignée locale, un dégorgement des tissus œdématiés. Toutefois, comme l'excision du chémosis ne nous a jamais paru un moyen qui tout seul, pût suffire pour combattre efficacement la maladie, et qu'elle ne saurait dans aucun cas dispenser de l'emploi du nitrate d'argent, il faut, avant de pratiquer cette petite opération, toucher d'abord toutes les parties sur lesquelles le nitrate d'argent doit agir, parce qu'il serait ensuite difficile, au moment où l'œil se trouve baigné de sang, de l'employer convenablement.

Les cas dans lesquels il s'agit d'un chémosis phlegmoneux sont sans contredit les plus graves et les plus embarrassants. La cautérisation, si puissante, si efficace dans l'inflammation franchement catarrhale de la muqueuse, est certainement moins avantageuse contre l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-muqueux. D'un autre côté, l'excision si facile du chémosis œdémateux, devient très-difficile quand il s'agit d'une muqueuse qu'on ne peut plus soulever et embrasser aussi aisément avec les ciseaux qu'on l'avait pu faire dans le premier cas. Je dois le dire, je n'ai perdu qu'un seul œil affecté d'ophthalmie blennorrhagique, et c'était dans un cas semblable; les conditions phlegmoneuses qui existaient m'avaient intimidé et empêché d'appliquer le nitrate d'argent, et il m'avait été également impossible d'exciser la portion de muqueuse engorgée qui étranglait et mortifiait la cornée. Mais sur le même malade, le second œil s'étant affecté, et la maladie ayant suivi la même marche que du premier côté, en dépit de la complication phlegmoneuse, la cautérisation fut appliquée, des mouchetures circulaires pratiquées sur le bourrelet qui entourait la cornée transparente, et j'ai eu le bonheur, par la combinaison de ces moyens, de sauver le second œil qui aurait été probablement perdu comme le premier sans leur emploi.

Dans les cas analogues à celui que je viens de rapporter, il ne faut donc pas hésiter à recourir au nitrate d'argent, condition *sine quâ non* du succès dans les ophthalmies blennorrhagiques; et cela d'autant plus vite et plus énergiquement que la maladie sera plus grave. Ajoutons que les mouchetures que Scarpa, du reste, conseillait contre le chémosis, ne devront être préférées à l'excision, que toutes les fois que cette excision paraîtront impossibles.

Quand on est arrivé à un terme plus fâcheux, quand l'œil est perdu, ce qui n'arrivera que très-rarement si les malades ont été pris à temps, le nitrate d'argent constitue encore le moyen par excellence pour réprimer les granulations, les fongosités dont se recouvre la muqueuse palpébrale et oculaire, et pour tarir ces écoulements muco-purulents qui

persistent souvent en dépit des moyens qu'on leur oppose communément.

Si je viens de conseiller la cautérisation dans toutes les phases de l'ophthalmie blennorrhagique depuis son début, comme méthode abortive, jusqu'à sa terminaison la plus fatale, il n'est pas dit pour cela qu'il faille négliger les moyens adjuvants. Quand l'affection n'est encore qu'à son début, nous insisterons d'autant plus sur leur emploi, que la maladie aura pris plus d'acuité ou qu'elle se présentera au praticien sous un aspect plus inquiétant Dans l'usage des moyens adjuvants, il faut bien prendre garde de rester en arrière de la maladie, on doit au contraire chercher à la déborder. Pour peu que les antiphlogistiques soient indiqués, aux sangsues en grand nombre, il faut ajouter la saignée du bras. Les beaux résultats que M. Mirault d'Angers a obtenus dans le traitement des ophthalmies graves, à l'aide de la médication énergique qu'il a conseillée, doivent ici encourager, et ses principes doivent être suivis. Les sangsues, les saignées doivent être employées d'après la formule de M. Bouillaud, coup sur coup; il faut, quand la maladie a de la tendance à marcher vite, lui ôter les éléments qui tendent à l'entretenir et à l'activer. On a recours en même temps aux révulsifs sur le canal intestinal, aux lavements purgatifs, aux purgations salines, aux pédiluves, en ayant le soin de ne jamais recourir aux pédiluves synapisés, à cause des inconvénients que l'évaporation de l'huile essentielle de la moutarde peut avoir sur les yeux; enfin à la diète absolue. La tête doit être tenue relevée, l'œil malade doit être tenu couvert, et on peut tirer un bon parti de fomentations légèrement tièdes de décoction de têtes de pavots. Un moyen qui est d'une grande efficacité dans toutes les ophthalmies et dans celle qui nous occupe en particulier, c'est l'extrait de belladone. La belladone est le sédatif par excellence de l'œil; or, en diminuant la sensibilité d'un organe on ôte un élément puissant à l'inflammation; des frictions doivent être faites autour de la base de l'orbite, deux fois par jour, avec l'extrait de belladone préparé sans fécule; il est également très-avantageux d'en porter un peu dans la narine du côté malade. Quand l'affection tend à se compliquer, soit d'état phlegmoneux, soit d'état érysipélateux, la combinaison dont M. Sichel a tiré un si grand parti, nous a semblé très-favorable : c'est une pommade composée à parties égales d'extrait de belladone et d'onguent mercuriel récemment préparé. Mais, pour ma part, toutes les fois que la maladie me paraît être franchement catarrhale, je n'ai point recours au mélange d'onguent mercuriel. Il est de la plus grande nécessité de laver souvent les surfaces malades, en fatiguant le moins possible l'œil; il faut éviter que la sécrétion morbide

ne séjourne entre l'organe et les paupières; pour cela, à plusieurs reprises dans la journée, toutes les heures, toutes les demi-heures, suivant la plus ou moins grande abondance de la sécrétion, on doit faire des lotions ou des injections entre les paupières; j'emploie alternativement une décoction légèrement tiède de têtes de pavot et le collyre au nitrate d'argent, dont j'ai donné plus haut la formule.

Pour écarter les paupières, pour faciliter les injections ou les lotions, pour diminuer la pression qu'elles exercent sur l'œil et produire en même temps un dégorgement salutaire, il est des circonstances dans lesquelles il ne faut pas hésiter à combattre l'œdème dont elles sont affectées par de légères mouchetures; il est bien entendu que si elles devenaient le siége d'abcès, il faudrait se hâter d'évacuer le plus tôt possible le pus qui pourrait s'y trouver. Ce n'est jamais qu'après que la suracuité de la maladie est tombée, qu'elle affecte une marche subaiguë, ou bien qu'elle semble appartenir à un autre ordre d'affections catarrhales, que j'ai recours aux vésicatoires, surtout au vésicatoire placé à la nuque. J'ai vu dans quelques cas, et c'est une observation déjà faite depuis longtemps, le vésicatoire employé au moment de la plus grande intensité du mal, l'agraver plutôt que d'amener une amélioration. J'en dirais presque autant du séton.

Les médecins et les élèves qui suivent les cours de clinique de l'hôpital des vénériens ont pu s'assurer que, par le mode de traitement que je viens de signaler, soit chez l'enfant, à l'époque où nous avions un service nombreux de nourrices, soit chez l'adulte, nous n'avons perdu qu'un seul œil depuis dix ans, et c'est celui dont il a été question dans cet article.

P. RICORD.

NOTE SUR DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES POUR LE TRAITEMENT DE L'ECTROPION, DU TRICHIASIS, DE L'ENTROPION ET DES ADHÉRENCES OCULO-PALPÉBRALES;

Par M. PÉTRÉQUIN, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

En présence des cas difficiles de la pratique, on a bien souvent occasion de reconnaître que les ressources classiques de l'art ne peuvent satisfaire à toutes les indications curatives, et qu'il est bien des circonstances où leur insuffisance évidente, force, pour obtenir la guérison, à recourir à des procédés particuliers ou à des méthodes nouvelles. La région oculo-palpébrale, est une de celles qui fournit le plus d'exemples de ce genre.

1° *Ectropion.* — Je commence par l'*ectropion* ou éraillement des paupières; et sans parler des cas où l'excision seule peut suffire, je citerai l'observation suivante qui présente un mode particulier de restauration de la paupière.

Obs. I. Ectropion de l'œil droit, datant de six ans, et compliqué d'un coloboma traumatique de la paupière. Combinaison de l'excision et de la blépharoraphie. Guérison. — Augustin du Bourget, âgé de vingt ans, maçon, de Challes (Ain), reçoit à l'âge de quatorze ans un coup de corne de vache dans l'œil droit qui produit une ophthalmie traumatique considérable, et laisse plus tard la paupière inférieure, divisée et renversée sur la joue. Un mois après, un médecin de Poucin essaie de la relever avec des bandelettes. L'ectropion persiste, avec larmoiement, blépharite, etc., jusqu'en janvier 1839 où, cinq ans après l'accident, un oculiste ambulant pratique avec des ciseaux une opération sanglante qui n'a pas de résultat; l'œil est au contraire plus larmoyant, plus sensible au grand air et à la lumière, et l'éraillement plus considérable. On lui conseille alors d'entrer à l'hôpital de Lyon, dans mon service, où il est admis le 20 avril 1840, plus de six ans après l'accident : photophobie, vue affaiblie, obscurcissement de la cornée; conjonctive oculaire rouge, mais moins enflammée que la palpébrale qui est épaissie, boursoufflée; il y a larmoiement. L'ectropion est considérable, surtout dans la moitié interne de la paupière. La division de cette dernière existe en dedans du point lacrymal. L'œil gauche est sain; outre la difformité il faut noter à droite, de la céphalalgie, quelques douleurs dans l'orbite et la tempe, et une disposition fâcheuse de l'organe à des recrudescences d'ophthalmie.

Je commençai le traitement par des moyens dirigés contre l'inflammation chronique, comme l'emploi du collyre au sulfate de cuivre laudanisé, des attouchements avec la pierre d'alun et de vitriol bleu, alternativement, et l'usage de compresses protectrices, etc.; en aidant l'action de ces moyens par quelques pédiluves, des purgatifs salins, etc. Une fois l'état de ces parties suffisamment amélioré, je pratiquai successivement, dans le courant de mai, l'excision de deux bandelettes horizontales sur la conjonctive palpébrale pour redresser la paupière, ce que j'obtins en grande partie — pansement simple; immobilité de l'œil, compression méthodiques, irrigations fraîches.

Le 1er juin, je procédai à la blépharoraphie qui se trouvait ici rendue plus difficile par le voisinage du conduit lacrymal. La division comprenait toute l'épaisseur de la paupière vers son bord libre, et devenait plus superficielle en descendant. J'en rafraîchis les bords avec précaution, de manière à n'intéresser en bas que le tissu cutané. J'ap-

pliquai ensuite deux points de suture avec un fil de soie; je protégeai les parties contre l'action des larmes avec des bandelettes. — Compression méthodique; irrigation d'eau fraîche laudanisée; péd. sinap. pot. calm... La réunion s'opère lentement; le 23, la *restauration* de la paupière est complète; mais la longue déformation du cartilage tarse tendant à diminuer la régularité du résultat, je continue la compression méthodique jusqu'au 2 juillet, époque où l'œil s'habitue aisément à l'air et au grand jour.

10 juillet. Pour prévenir toute récidive, je pratique l'excision d'une petite bandelette verticale sur la muqueuse palpébrale, dans le but de resserrer et de raffermir le bord libre (même pansement; eau de Sedlitz pour le lendemain). Le succès est complet, la paupière se maintient dans une bonne position.

27. L'œil ne craint plus l'air ni la lumière; la paupière joue bien et se ferme exactement sans se renverser; la vue est rétablie, il n'existe plus d'ophthalmie. — 1er août 1840, il sort en bon état, c'est à peine si on s'aperçoit de la cicatrice extérieure.

J'ai revu ce malade le 18 avril 1841; il continuait à aller très-bien; on ne se serait pas douté de l'ectropion et du coloboma, dont il avait été atteint. Son œil ne pleurait que lorsqu'il avait été exposé au vent du nord, qui, en hiver, souffle violemment dans les montagnes de son pays. Cette vérification du succès, près d'une année après l'opération, est la meilleure preuve de l'avantage que j'ai obtenu à combiner la blépharoraphie avec l'excision; procédé dont les détails se trouvent suffisamment développés dans l'exposé de l'observation pour que je n'y revienne pas ici.

Voici maintenant un fait encore plus complexe et plus difficile.

Obs. II. ***Ectropion difforme, consécutif à un noli me tangere; mode particulier de restauration de la paupière, après un traitement préalable du cancer.*** Jeanne Lapian, de Vassieux (Drôme), fermière, âgée de cinquante ans, est atteinte, en 1840, d'un ***noli me tangere*** à la face, qui débute sur l'aile droite du nez par un petit bouton d'abord indolore; il prend bientôt un accroissement assez rapide, qui fut augmenté peut être par l'application intempestive que la malade fit elle-même d'un onguent caustique. Inquiète de voir le mal empirer toujours, elle alla, au bout de six mois, consulter le docteur Grand-Boulogne, de Goncelin, près Grenoble, qui me l'adressa à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 26 février 1841. L'aile droite du nez est envahie par un carcinôme fougueux dans l'étendue d'une pièce d'un franc, avec rougeur au pourtour, tension de la peau, élancements douloureux, etc. La dégénérescence menace de ronger l'os du nez, la branche montante du maxil-

laire, etc. La paupière inférieure est tirée en bas, et le lobule du nez à droite et en haut. Je calme les douleurs avec l'extrait de ciguë en pilules et en topiques. Six cautérisations avec la pâte de cancoin sont pratiquées avec succès; mais la cicatrice ne peut s'achever, et alors surviennent toujours de nouvelles végétations cancéreuses. Enfin, le 19 juillet j'attaque le mal avec le fer rouge. J'éteins successivement dans l'ulcère cinq boutons de feu qui pénètrent jusqu'à la branche montante du maxillaire. Il en résulte une petite cavité dont les parois consistent en une escarre noirâtre, lente à se détacher. La plaie qui lui succède se cicatrise ensuite peu à peu; mais à mesure le lobule du nez est fortement tiré en haut et en dehors, et l'ectropion augmenté d'une manière difforme.

Le 14 août, au moment où la cicatrisation était assez avancée, je m'occupe de remédier à l'éraillement de la paupière; le cas me paraissait difficile; évidemment je ne devais compter sur aucune opération pratiquée à la muqueuse, soit cautérisation, soit excision, parce que d'abord elle eût été impuissante à redresser le bord palpébral, tiraillé par une cicatrice cutanée, solide, et parce qu'enfin elle n'eût abouti qu'à raccourcir la hauteur de la paupière déjà trop courte. Partant de cette observation que c'était surtout le grand angle qui se trouvait abaissé, de façon que le procédé de Jones n'était pas applicable, j'imaginai de former une sorte de lambeau qui me permettait de remédier à l'éraillement sans difformité.

Procédé opératoire. Je pratique d'un angle oculaire à l'autre, parallèlement au bord palpébral et à deux lignes (4 millim.) au-dessous, une incision transversale qui s'arrête sur le sac lacrymal. A partir de ce point, j'abaisse une incision verticale suivant la rainure naso-maxillaire jusqu'au niveau de l'ouverture de la narine. Je forme ainsi un lambeau triangulaire à large base externe, que je dissèque, et qui me permet, en le relevant vers le sourcil, d'allonger d'environ cinq à six lignes (11 à 13 millim.) la hauteur verticale de la paupière. Cette dernière détachée de ses adhérences, est légèrement froncée d'une commissure à l'autre par un point de suture qui tend à porter en haut son bord libre. En même temps le lambeau est maintenu par deux points de suture, l'un à sa partie moyenne, l'autre à son angle supérieur, de manière à le tirer en haut, en l'appliquant exactement. L'œil alors se trouve muni de moyens d'occlusion tels que la paupière inférieure remonte beaucoup sur la supérieure; mais vu la rétractilité de la cicatrice, il faut dans ces cas, produire l'excès pour obtenir plus tard le nécessaire, quelques bandelettes étroites de diachylon, un gâteau de charpie imbibée d'eau de rose laudanisée, et quelques tours de bandes

protégent et maintiennent les choses en bon état. Irrigations d'eau fraîche.

Le premier pansement eut lieu le 16. Pas d'inflammation, peu de rougeur; l'œil va bien; le lambeau est en partie repris; la paupière reste relevée. — J'enlève, le 17, les sutures du lambeau, et le 19, celles de la paupière.

Le 21, la restauration est en bon état; le lambeau est recollé, la paupière toujours soulevée; l'ectropion paraît n'exister plus. Le 23, l'œil se ferme bien dans un mouvement normal; si la contraction est exagérée, il y a tendance au renversement. Dans l'état de repos, il est ouvert suffisamment. Le résultat se maintient jusqu'au 8 septembre. L'œil alors est exercé à l'air; il y a de nouveau tendance au retour de l'ectropion. On reprend l'usage de la compression jusqu'à ce que la cicatrice se soit affermie suffisamment. Le 18, la cicatrisation du cancer paraît avancée, mais elle contribue à tirer en bas la paupière. Une compression méthodique s'oppose au retrait des tissus, et le voile palpébral se trouve, le 23, suffisamment relevé. Cependant il y a toujours un peu de tendance au renversement; mais l'œil se ferme bien dans le clignotement, et la malade sort, le 30, à peu près guérie de son carcinôme, et dans un état assez satisfaisant, quoique la tendance à l'ectropion n'ait pas complétement disparu. La cicatrice parallèle au bord palpébral est imperceptible, et la seconde laisse une trace à peine sensible dans la rainure où elle se perd. Le temps nous apprendra si la guérison reste complète.

Ce procédé me semble offrir des avantages incontestables. Dans quelques cas on pourrait ajouter à l'opération, une modification qui me paraît de quelque importance : ainsi on pratiquerait sur le côté du nez une petite déperdition de substance en forme de V, dont la base se confondrait en dehors avec l'incision verticale; en réunissant ses bords de bas en haut avec un ou deux points de suture, on aurait le double avantage 1° de couvrir le point où a été le siége de la maladie, 2° de faciliter l'ascension du lambeau en contribuant à relever l'extrémité inférieure de l'incision.

2° *Trichiasis.* — Pour le trichiasis comme pour l'ectropion, il suffit de considérer la multitude des moyens thérapeutiques qui ont été successivement proposés pour comprendre les difficultés que présente souvent la guérison. On a plus d'une fois lieu de se convaincre que l'excision des téguments (Celse; Salicet), la cautérisation de la paupière avec le fer (Scachi), l'acide sulfurique (Kéling; Quadri) avec la potasse (Soléra), l'arrachement des cils (maître Jan), la cautérisation des bulbes pilifères (A. Paré; Carron du Villards), etc., n'amènent pas toujours

la cure radicale ; ce qui est d'autant plus à regretter, que le trichiasis ne laisse pas que d'être une maladie assez commune[1].

Voici une observation relative à un procédé que je crois bien préférable dans les cas difficiles ; elle offre certainement une cure digne de remarque.

Obs. III. Trichiasis à droite, datant de neuf ans (atrophie de l'œil gauche), avec complication d'ophthalmie chronique, de déformation de la cornée, et perte presque complète de la vue. — Opération ; guérison, avec retour de la vue. — La nommée Curtat Cadet, âgée de trente-six ans, née en Savoie, m'est adressée le 7 juin 1841, par MM. les docteurs Roy et Molan, dans un état presque complet de cécité. A l'âge de cinq ans, elle a perdu, par la petite vérole, l'œil gauche, dont trois ans plus tard M. Bouchet fut obligé de pratiquer l'extirpation partielle, vers 1815. L'œil droit est myope, il fonctionne bien jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, époque où survint une ophthalmie qui fut traitée et guérie par M. Gensoul. En 1831, nouvelle ophthalmie qui fut suivie de taches kératiques, et d'affaiblissements considérables de la vue. Elle fut traitée avec avantage par M. Bajard. Elle recouvra assez de vue pour lire ; les paupières avaient commencé à être affectées de trichiasis. On pratiqua plus de trente fois l'arrachement des cils ; l'amélioration n'était que momentanée. La malade continua chez elle ces opérations dont elle évalue le nombre à cent.

En 1838, ayant continué à perdre la vue, elle eut recours à l'électricité, avec un soulagement qui ne fut que temporaire. Elle se mit alors entre les mains de l'homœopathie. Sa vue n'éprouva aucune modification heureuse ; les douleurs seules furent calmées. Voici son état au 7 juin 1841 : Les bords ciliaires sont déformés et irréguliers. Les cils sont déviés en dedans, et labourent continuellement la surface de l'œil. Il y a une blépharite chronique avec conjonctivité oculaire. La cornée est déformée, fortement bombée, vasculaire et opaque, ce qui a détruit la vue, au point que la malade ne peut se conduire, qu'elle n'entrevoit les personnes que comme des ombres, et ne peut reconnaître les petits objets même à proximité. Elle est très-fatiguée par une névralgie de l'œil et de l'orbite, compliquée de céphalée, avec des exacerbations assez fortes pour occasionner une insomnie prolongée pendant plusieurs mois. A son arrivée, elle prend ses règles, ce qui retarde le traitement de quelques jours. Le 12, purgation avec une bouteille d'eau de Sedlitz.

[1] Dans le compte-rendu ophthalmologique de M. Caffe, je trouve distichiasis et trichiasis 23, ectropion 21, entropion 5, etc., sur un total de 2,440 maux d'yeux, non compris 431 maladies des voies lacrymales (press. méd. 1837, no 42).

Instillations d'un collyre astringent et laudanisé, pour la préparer à l'opération que je pratique le 16 juin, en présence des docteurs Édouard Bouchet de Lyon, Gassiloud de Seyssel, Molan de Genève, etc., et des élèves de l'hôpital.

Procédé opératoire. Je commence par la paupière supérieure; je la soulève sur le manche de mon élévateur pour la strabotomie, je la tends en dehors avec une pince à dents de souris et à agrafe; puis je pratique d'un angle oculaire à l'autre et parallèlement au bord palpébral, une incision qui passe derrière la racine des cils; alors, avec la pointe effilée d'un bistouri engagée dans l'épaisseur de la paupière, en avant du cartilage tarse, et derrière l'implantation ciliaire, je détache une languette de peau, de manière à emporter avec elle tous les bulbes pilifères. Il survient un écoulement sanguin que je favorise pendant quelques instants avec des lotions d'eau tiède. Pansement avec des compresses d'eau de rose laudanisée (diète, tis. viol. till. potion diacodée; immobilité de l'œil; compression méthodique).

Le 18, premier pansement; pas d'inflammation, l'état névralgique est moindre; il y a un peu de sommeil; appétit.—25, la cicatrice est si avancée, que la perte de substance est en grande partie réparée. La vue semble un peu moins trouble. Cette amélioration est plus sensible le 29, et assure la possibilité prochaine d'une seconde opération. Le 30 juin, elle prend ses règles, ce qui amène un délai. Deuxième purgation le 6 juillet.

Le 7, deuxième opération, appliquée à la paupière inférieure, pratiquée de la même manière. Pansement idem. La nuit est bonne, il y a un sommeil de sept heures. Le 9, pas d'inflammation; le mieux est progressif. Le trouble de la vue diminue ainsi que les douleurs. Elle commence à entrevoir quelques objets. Le 14, elle distingue la teinte jaune du laudanum, dont on imbibe ses compresses. 18. Elle reconnaît des ciseaux (50 centig. de calomel). 20. Les paupières deviennent unies et fort belles; la déperdition de substance est comblée et a disparu par le travail de cicatrisation. La conservation des cartilages tarses a permis le rétablissement complet de la forme du voile palpébral. Attouchements avec le sulfate d'alumine pour parachever la cicatrisation. Collyre avec le sulfate de zinc et le laudanum. Le 26, la cornée commence à s'éclaircir, la malade entrevoit ses doigts, mais sans distinguer encore ses ongles. L'état névralgique circum-orbitaire s'est beaucoup amendé. Le 30, elle aperçoit les malades qui se promènent dans la salle; elle accuse encore quelques douleurs dans l'œil, et je remarque deux cils très-fins qui se sont développés sur le point lacrymal supérieur. Je pratique la résection des téguments où ils sont implantés. Le 3 août,

le résultat est très-satisfaisant. Le bord palpébral a sa forme régulière.

Le 7 août, elle distingue les ongles de ses doigts, et déchiffre des numéros de deux pouces. Le 9, elle lit quelques caractères d'impression de cinq lignes de haut. Je fais commencer des instillations de laudanum pur. Le 13, la cornée devient plus nette surtout en haut. La vue gagne peu à peu en finesse et en étendue, elle voit les fils du tissu de ses draps. Le 15, elle reconnaît les montants en fer de son lit. Le 19, la cornée s'est éclaircie dans ses trois quarts supérieurs. Le 24, elle commença à apercevoir les sœurs hospitalières à quelques pas. Le 27, elle entrevoit les petits soliveaux au plancher. 6 septembre, pour dilater la pupille et prévenir une synéchie postérieure, application, tous les soirs, d'une compresse imbibée d'extrait de belladone. Le 8, elle peut lire quelques caractères d'imprimerie. Le 14, la vue est plus étendue que jamais; la transparence est en partie revenue dans la cornée, sauf en bas (grand bain de propreté le 16).

23 septembre, elle sort. Ses paupières sont parfaitement restaurées. Le rebord libre est dépouillé de cils, mais net et régulier. Les mouvements de l'œil sont faciles et étendus. Il n'y a plus de douleurs; la malade voit bien, et lit assez couramment les lettres d'un livre de prières.

On voit que j'ai employé une modification du procédé de Vacca-Berlinghieri, mise en pratique avec prédilection par M. Flarco de Pavie, comme je l'ai indiqué dans mon voyage en Italie (*Gaz. méd.* 6 janvier 1838); modification qui me semble préférable aux procédés de Jaeger de Vienne, et surtout de Saunders (extirpation du tarse) et de Schréger (excision du bord palpébral). Cette méthode m'a procuré plusieurs beaux résultats.

La valeur du procédé opératoire que j'ai mis en usage me semble suffisamment démontrée par l'observation qui précède. En laissant intact le cartilage tarse, on conserve à la paupière sa forme normale, le jeu de ses mouvements et le libre exercice de ses fonctions pour protéger l'œil et concourir à la vision. La plaie se cicatrise en peu de temps; il ne peut y avoir de récidive, puisque le bulbe pilifère est enlevé. L'expérience clinique m'a démontré que la paupière opérée n'offre d'autres difformités qu'une absence des cils; le bord libre devient si régulier, qu'après la guérison on ne se douterait pas de la déperdition de substance. La peau des paupières, mobile et extensible, est favorisée dans ses mouvements par le tissu cellulaire lâche, qui l'unit au fascia sous-cutané; elle glisse facilement, et la petite plaie se comble par le transport du tégument qui vient se cicatriser avec le bord libre. Ces considérations me semblent assurer une prééminence marquée à la résection de la zone ciliaire sur tous les autres procédés.

3° *Entropion.* — Tous les entropions ne reconnaissent pas pour cause, soit des brides intérieures, soit un excès de peau; soit la difformité des cartilages tarses, etc. J'ai reconnu qu'il en est un certain nombre dont l'origine réside exclusivement dans la contracture permanente du muscle orbiculaire. Le blépharospasme qui accompagne souvent l'ophthalmie scrofuleuse, surtout chez les enfants, m'a servi d'indication et de preuve. Le siége en est d'ordinaire à la paupière inférieure. La disposition anatomique des parties en favorise le développement, tandis que, à la paupière supérieure, la même cause occasionne ce que je nommerai *l'imbrication palpébrale.* L'observation et la distinction de ces phénomènes m'ont conduit à établir une variété d'entropion qui dépend de l'état spasmodique du muscle orbiculaire, et que je propose en conséquence d'appeler *entropion musculaire.* L'indication étant spécifiée, il restait à trouver un moyen pour la remplir. J'ai pensé que la myotomie sous-cutanée trouvait ici une application rationnelle, à l'instar de MM. Cuvier et Phillips. Voici le procédé que j'ai suivi, et le cas où j'en ai fait l'épreuve.

Obs. IV. Entropion par contracture musculaire. — Opération spéciale. — Anatomie pathologique. — Une ouvrière, âgée de 45 ans, se présente avec un entropion complet à droite. Je remarque que la paupière inférieure se plisse et se roule en dedans en se recoquillant sur elle-même d'une manière concentrique, absolument dans le sens des fibres circulaires du muscle palpébral. Le doigt appliqué sent la contraction des fibres qui augmentent si l'on fait arriver sur l'œil une plus grande quantité de lumière; le spasme est permanent. Après avoir examiné la disposition anatomique, je m'arrêtai, le 22 août, au procédé suivant :

Procédé opératoire. — Je fais tendre la paupière inférieure au moyen d'une pince placée à l'angle externe; j'implante un ténotôme effilé à la partie moyenne de l'orbite, au niveau du rebord osseux de la courbe orbitaire inférieure; puis, par un mouvement de bascule, j'en fais filer la pointe jusqu'au bord libre de la paupière (sans cela le résultat serait incomplet), en passant derrière l'orbiculaire; cela fait, j'opère la section du muscle par un mouvement de dégagement de la lame, en favorisant l'opération à l'aide du doigt appliqué sur la peau, de manière à suivre tous les temps de la manœuvre. L'instrument est retiré; il se produit une ecchymose qui se résorbe facilement. On facilite le résultat à l'aide d'une compression méthodique; je coupe ainsi le muscle dans sa plus grande largeur et dans toute son épaisseur, et je n'ai qu'une seule ouverture qui est cicatrisée en vingt-quatre heures, presque sans douleur et sans accidents; circonstances qui me semblent

assurer, dans *l'entropion musculaire*, une prééminence marquée à mon procédé [1] sur tous ceux connus dans la science. Chez notre malade les choses se passèrent bien, et l'entropion aurait sans doute complétement disparu, sans l'engorgement de la paupière et la laxité de la peau, suites de l'ophthalmie chronique qui occupait cet œil. — Un mois après, elle fut prise d'une pneumonie double sur-aiguë qui marcha avec violence et l'emporta rapidement malgré le traitement le plus énergique.

L'autopsie, faite trente heures après la mort, démontra une hépatisation rouge des deux tiers inférieurs d'un poumon et du tiers inférieur de l'autre.

État de la paupière opérée : point d'ecchymose; la peau enlevée avec précaution, je ne trouve plus de traces d'épanchement sanguin. Le muscle palpébral est mis à nu avec soin, et je ne puis trouver aucuns vestiges de la solution de continuité que j'ai pratiquée, soit au milieu, soit au dehors. Il semble seulement que dans ces deux points il y a une modification dans la couleur du muscle qui est d'un rose plus pâle; il n'y a point de tissu de cicatrice; circonstance digne de remarque.

L'anatomie pathologique n'a point encore été faite à l'égard du sujet qui nous occupe, ce qui pourra prêter un intérêt à l'observation qui précède.

4° *Adhérences oculo-palpébrales* (*symblépharon*, de quelques auteurs). A l'égard des adhérences des paupières avec le globe de l'œil, l'art est dépourvu de ressources réellement efficaces. M. Malgaigne a résumé ainsi l'état actuel de la science : « Les adhérences des paupières au globe de l'œil peuvent fort bien être détruites à l'aide du bistouri; *mais nous ne connaissons aucun moyen d'en prévenir le rétablissement*. » (Man. de méd. opér. 1839, page 402.) M. Velpeau tient à peu près le même langage. (Opér. 1839, t. III, page 367.)

Ce n'est pas, sans doute, que cette affection soit essentiellement incurable, mais on n'a pas encore trouvé la véritable loi thérapeutique de ce genre de lésion. L'incision, l'excision, la cautérisation, etc, qu'on emploie, sont entachées d'un vice radical; s'y prendrait-on autrement pour produire des adhérences, si elles n'existaient pas? Ce qui se passe dans les doigts palmés, démontre surabondamment l'insuffisance de ces moyens. En général, c'est s'abuser singulièrement que de compter, pour prévenir la récidive, sur les mouvements de l'œil sur les plaques métalliques de Solingen, ou sur l'œil artificiel de Demours, etc.

[1] On peut voir dans les *Annales d'oculistique* le jugement favorable que M. Florent Cunier a porté sur mon procédé. (Numéro de sept. 1841,)

Ayant eu à traiter un malade que n'avaient pas guéri plusieurs praticiens distingués de la Suisse et de l'Italie, je me suis préoccupé des causes d'insuccès et des moyens d'y remédier. Le but qu'on se propose est simple, mais la méthode manque pour l'obtenir. En effet, pour empêcher le retour des adhérences, il ne suffit point de les détruire par le mode jusqu'ici connu ; j'ai imaginé de placer les surfaces dans des conditions différentes et indépendantes de vitalité et d'activité organiques. J'ai voulu rompre les rapports de cicatrisation de chacune d'elles. Le principe, c'est que les phases de réparation ne se correspondent pas ; il faut éviter qu'il y ait simultanéité ; il faut que la période du travail s'achève dans l'une, lorsqu'il commence à peine dans l'autre.

Voilà la méthode; restait à trouver le moyen de remplir cette indication. Voici le procédé opératoire que j'ai imaginé : je passe dans l'épaisseur des adhérences, à une profondeur variable, une aiguille armée d'un fil double pour permettre de pratiquer simultanément deux ligatures. Je serre la première assez mollement du côté de la paupière pour opérer la section à la longue. J'étreins au contraire la deuxième fortement du côté de l'œil, de façon à couper bientôt la bride. J'ai ainsi sur la sclérotique une plaie déjà fort en voie de cicatrisation avant que, du côté de la paupière, aucune surface soit encore mise à nu. Je puis en conséquence employer sur ce point les agents appropriés, et mettre les parties dans la nécessité de se cicatriser isolément; car le petit moignon, très-minime, compris entre les deux ligatures, est inapte par sa nature à contracter aucune adhérence, puisque, étranglé qu'il est, il est dépourvu de vitalité et doit tomber en s'atrophiant. Il en résulte que la plaie du côté de l'œil poursuit son travail de cicatrisation, pendant que l'autre ligature est encore occupée à opérer la section de la bride sur la paupière. Plus les adhérences sont denses et fibreuses, plus il est facile, avec une différence dans le degré de constriction, d'établir à volonté une différence de plusieurs jours entre l'une et l'autre section. A-t-on affaire à des brides très-épaisses, on en effectuera la dissection en plusieurs temps, en pénétrant chaque fois à une plus grande profondeur.

J'avais encore à trouver les moyens de réaliser impunément sur l'œil la méthode nouvelle que j'expose. J'y suis arrivé avec les précautions suivantes; et d'abord j'immobilise le globe à l'aide d'une compression méthodique propre à agir comme antiphlogistique, et à contenir les parties dans une situation respective convenable; en le maintenant fermé, je produis un repos propice, et j'évite les mouvements du globe et des paupières, si défavorables par le double inconvénient qu'ils ont d'arrêter la surface oculaire, de tirailler les brides et d'en faciliter trop

tôt la rupture. Ajoutons que l'œil se trouve ainsi à l'abri des vicissitudes de l'atmosphère et du contact irritant de l'air et des poussières; c'est-à-dire dans les conditions de chaleur et d'obscurité les plus favorables.

Citons un fait pour montrer le mode d'application de ces principes, et les particularités que présente le procédé opératoire.

Obs. V. Adhérences oculo-palpébrales, déjà opérées sept fois sans succès; opération par un mode particulier; guérison. — Jean-Bap. Giron, de Cheorières (Isère), âgé de 21 ans, maréchal-ferrant, éprouve à la fin de 1840 une brûlure à l'œil droit, occasionnée par de la chaux vive, qui produit une ophthalmie aiguë avec douleurs internes, tuméfaction des paupières, perte de la vue momentanément, etc. Le traitement consiste en de simples émollients. Pendant le cours de cette phlegmasie, il se forma des adhérences entre le globe et la paupière inférieure. Le malade se rendit à Valence où il consulta deux médecins, dont l'un l'opéra à deux reprises, mais sans résultat. Il revint à Saint-Marcellin, où trois nouvelles opérations furent faites pour détruire les adhérences persistantes, mais sans avantage. Las de voir son état empirer, il fit le voyage de Grenoble, où on le dissuada de toute tentative nouvelle; mais comme il était résolu à se débarrasser de son infirmité, M. Guillard de Saint-Marcellin lui conseilla de venir à Lyon. Un chirurgien de la ville lui pratiqua deux nouvelles opérations; le malade paraît n'en avoir retiré aucun bénéfice. L'œil s'enflamma, et au bout d'un mois et demi de traitement, les adhérences restaient comme auparavant.

Le 10 juillet 1841, il fut admis dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, neuf mois après l'accident. La paupière inférieure gauche a contracté, dans son tiers externe, des adhérences larges et fermes avec le globe de l'œil. La commissure palpébrale est également adhérente, ainsi qu'une petite portion de la paupière supérieure. Les mouvements de l'œil sont gênés, comme bridés et douloureux. Il ne peut se tourner en dedans ni s'ouvrir largement. La conjonctive est rouge à l'angle externe, l'œil est entraîné par le mouvement des paupières; les fonctions motrices et sensitives sont troublées; il n'y a pas harmonie entre les deux axes visuels; on est frappé d'une tendance au strabisme divergent, qui devient très-prononcée dans certaines positions. Enfin, il y a diplopie, trouble de la vue, etc. Le malade ne peut travailler à son état.

Le 11 juillet, je procédai à l'opération; mais ici les brides se trouvaient ramollies par les tentatives récentes de guérison. J'en compris une certaine épaisseur dans les anses d'un fil double, dont les chefs furent noués séparément, l'externe plus mollement que l'autre. Immobilité de l'œil et compression méthodique à l'aide de bandelettes agglutina-

tives et de quelques circulaires de bande ramenées de droite à gauche et de bas en haut pour s'appliquer plus exactement. Lotions d'eau froide laudanisée. — Le 18, premier pansement. La ligature interne ou du côté de la cornée, tombe : l'œil éprouve déjà plus de liberté. Il n'y a plus de diplopie; du reste pas de douleurs ni d'inflammation. L'appareil est renouvelé tous les deux jours, jusqu'au 17. La cicatrice oculaire était faite en partie sans que les adhérences se fussent reproduites. La ligature externe était tombée tard.

Le 17, deuxième opération; je passe une anse double de fil plus profondément pour comprendre d'autres faisceaux — 20, section des parties comprises dans les ligatures; l'angle externe commence à devenir libre. — 27 juillet, troisième temps de l'opération pour poursuivre la section. — 3 août, l'œil a recouvré une partie de ses mouvements, et la vue beaucoup de netteté. — 10, nouvelle ligature qui paraît embrasser la bride jusqu'à sa base. — 13, les fils tombent; le malade dit sentir son œil très-libre. Je touche la surface de la sclérotique seulement, avec la pierre d'alun. — Le 15, pour favoriser séparément la cicatrisation complète des surfaces palpébrales et oculaires, je place une dernière ligature qui tombe au bout de quelques jours. — Le 20, le résultat est très-satisfaisant. — Le 22, la commissure est libre; les adhérences sont détruites; il ne reste qu'un peu de rougeur dans l'œil. Le malade se trouve bien, dit que sa vue est complétement revenue sans diplopie. — Le 30, les choses se maintiennent; il demande sa sortie. La cicatrice n'a pas encore opéré ses périodes; si, par sa rétraction, elle gêne plus tard les mouvements de l'œil, le malade doit revenir à la fin de septembre.

Comme il n'a pas reparu, il est à présumer que la guérison radicale se sera suffisamment maintenue, d'autant plus que nulle part il n'avait éprouvé autant de soulagement, et subi des opérations aussi impunément que pendant le traitement que je lui ai fait suivre.

Autre procédé. J'avais d'abord songé à un autre procédé pour arriver au même résultat; je me proposais de décoller avec précaution les adhérences dans leur implantation au globe oculaire, et de les replier ensuite sur la paupière, de manière à en tapisser la paroi interne, en guise de conjonctive, en les y fixant avec quelques points de suture. Je fus détourné de cette tentative par cette considération que les tissus fibreux, et surtout ceux des cicatrices, se prêtent mal à ce mode d'autoplastie, qui d'ailleurs aurait été ici très-difficilement praticable, mais qui pourra convenir dans d'autres circonstances. Je crus donc devoir donner la préférence au procédé du double étranglement, comme on l'a vu dans l'observation qui précède.

La méthode et le procédé que je viens de faire connaître, présentent une circonstance qui doit en accroître la portée, c'est qu'ils ne sont pas exclusivement applicables à la région oculaire; leur principe est d'une application féconde; peut-être seront-ils appelés à prendre rang parmi les opérations réglées, si l'on considère, non seulement qu'ils sont simples et rationnels, mais encore qu'ils sont susceptibles d'une généralisation étendue. Et en effet, ils peuvent s'adresser avec avantage, sur les autres points de l'économie, aux adhérences contre nature, aux brides accidentelles, aux cicatrices vicieuses, aux doigts palmés, etc.; c'est-à-dire à toute une classe de lésions à l'égard desquelles on est forcé de convenir que la médecine opératoire est le plus souvent impuissante.

J. E. Petrequin.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur une nouvelle préparation de l'emplatre de cigue,

Par M. Vuaflard, pharmacien à Paris.

Tout le monde connaît les inconvénients du procédé du Codex, pour la préparation de l'emplâtre de ciguë. On a proposé pour y remédier plusieurs moyens qui atteignent plus ou moins le but. M. Guibourt, a conseillé de remplacer la ciguë bouillie avec les résines et l'huile, par la poudre de ciguë nouvelle. Ce moyen facile et commode donne un bon résultat, mais il est à remarquer que l'emplâtre préparé de cette manière ne conserve pas indéfiniment sa couleur verte. On arrive à un résultat très-satisfaisant en employant le procédé du Codex modifié de la manière suivante : lorsque toute l'eau de végétation est dissipée par la cuisson, on ajoute à la masse à peu près son poids d'eau, on fait bouillir le tout ensemble, et on soumet promptement à la presse entre des plaques d'étain ou de fer-blanc préalablement échauffées par l'eau bouillante; l'eau facilite la séparation de la plante, de la masse emplastique qui s'écoule avec elle. Il suffit de la malaxer lorsqu'elle est presque refroidie pour en séparer l'eau. On la fait fondre ensuite à une douce chaleur et on la laisse refroidir lentement pour laisser déposer les fèces. Lorsqu'elle est entièrement refroidie, on la détache de la bassine, que l'on chauffe légèrement, et après en avoir enlevé les impuretés, on termine l'emplâtre en ajoutant la gomme ammoniaque. Sur une masse de 2,165 grammes,

j'ai retiré par ce procédé 1,560 grammes, ce qui fait à peine un cinquième de perte.

L'emplâtre ainsi préparé est d'une très-belle couleur verte, susceptible de longue conservation; j'en ai préparé, en 1839, qui est aussi beau que le premier jour. Il est bon d'observer que la belle couleur verte ne se développe que lorsqu'on fait refroidir la masse emplastique après l'avoir séparée de l'eau [1].

PURIFICATION DE LA CRÈME DE TARTRE.

Pour débarrasser la crême de tartre de la chaux et du cuivre, M. Duflos met 24 livres de cristaux de tartre blanc dans une capsule de porcelaine perforée; il suspend cette capsule dans un pot, qu'il remplit d'un mélange de 2 livres d'acide muriatique avec 12 livres d'eau, de manière que les cristaux de tartre soient couverts par l'acide muriatique étendu. Il laisse le tout en contact à une douce chaleur pendant vingt-quatre heures; il enlève alors les cristaux, les fait égoutter, les lave et les fait sécher. J'ai répété ce procédé, qui a très-bien réussi.

SUR LA PRÉPARATION DE L'EMPLATRE VÉSICATOIRE.

Si l'emplâtre vésicant ne produit pas toujours l'effet que l'on en attend, il faut l'attribuer, suivant le docteur Müller, à ce que le principe vésicant reste enfermé dans le tissu des cantharides. Pour avoir un emplâtre plus sûrement actif, M. Müller conseille de laisser digérer les cantharides dans la masse emplastique, à une douce chaleur, pendant cinq à six heures. Je regarde cet avis de M. Müller comme fort bon à suivre; il se rapproche de ce que M. Guibourt a dit à ce sujet; mais la digestion prolongée des cantharides assure la dissolution des prin-

[1] J'ai répété le procédé de M. Vuaflard, qui réussit très-bien; avec une presse ordinaire on peut séparer la presque-totalité de la masse emplastique, et l'emplâtre est d'une belle couleur. On peut se demander si l'eau enlève à l'emplâtre les parties actives de la ciguë; on peut se demander aussi si les parties actives de la ciguë existent dans l'emplâtre ordinaire; on serait sans doute fort embarrassé de répondre à ces deux questions. Laissons donc le vieil emplâtre du Codex tel qu'il est, et quand nous voudrons des emplâtres extrêmement actifs, ayons recours à la formule que nous a donnée M. Planche, et dans laquelle il faisait entrer une forte proportion d'extrait alcoolique.

E. Soubeiran.

cipes actifs, qui ne peut se faire aussi bien si l'on se contente d'incorporer les cantharides dans la masse encore chaude, comme l'a conseillé M. Guibourt.

SUR LA PRÉPARATION D'UN SIROP DE GOUDRON.

M. Péraire a publié une formule de sirop de goudron ainsi conçue :

Prenez : Goudron. . . . . 4 parties.
Eau. . . . . 1 id.

Faites digérer au bain-marie pendant douze heures en agitant de temps en temps ; laissez refroidir, décantez, filtrez ; ajoutez à la liqueur le double de son poids de sucre, et faites-le dissoudre à une douce chaleur. Une cuillerée à bouche de ce sirop représente, suivant M. Péraire, un verre d'eau de goudron. M. Meurer a voulu préparer du sirop suivant cette formule, mais après la digestion de 4 parties de goudron avec 1 d'eau, il n'a pu séparer que 1/16 de partie de liquide ; en doublant la quantité d'eau, il a eu 1/3 de produit ; mais il n'a pas trouvé que ce produit fût plus coloré ni qu'il eût une saveur plus forte que l'eau de goudron ordinaire ; en conséquence, il ne lui semble pas qu'une cuillerée de sirop puisse remplacer un verre d'eau de goudron. M. Meurer a parfaitement raison ; les expériences suivantes ne peuvent laisser le moindre doute à cet égard :

N° 1. J'ai fait de l'eau de goudron en faisant macérer 1 partie de goudron dans 16 parties d'eau froide pendant dix jours, en ayant le soin d'agiter fréquemment.

N° 2. J'ai fait digérer pendant douze heures, au bain-marie d'eau bouillante, 1 partie du même goudron dans 16 parties d'eau, en ayant soin aussi d'agiter souvent.

N° 3. J'ai fait digérer de la même manière 1 partie de goudron dans 4 parties d'eau.

N° 4. J'ai fait digérer 4 parties de goudron dans 1 partie d'eau suivant la formule de M. Péraire. La digestion a été faite en vases clos comme les précédentes. 500 grammes de goudron et 125 grammes d'eau m'ont donné 100 grammes de produit.

Je ne pouvais espérer de déterminer avec rigueur que la proportion d'une seule des matières dissoutes, c'était la substance acide. Je l'ai fait en ajoutant à un même volume de chacune des eaux de goudron précédentes, une solution très-faible de carbonate de potasse jusqu'à saturation.

Il a fallu :

Rapport du goudron à l'eau :		
N° 1 (1 à 32 à froid)	. . . .	295 gouttes.
N° 2 (1 à 32 à chaud)	. . . .	335 gouttes.
N° 3 (1 à 4 à chaud)	. . . .	818 gouttes.
N° 4 (4 à 1 à chaud)	. . . .	5200 gouttes.

Ce qui, en prenant pour type l'eau de goudron ordinaire, établit les rapports suivants entre les quantités de matières acides :

N° 1.	1
N° 2.	1,13.
N° 3.	2,77.
N° 4.	17,5.

Pour apprécier les rapports des principes amers et aromatiques, j'ai pris chacune des eaux de goudron n°s 2, 3 et 4, et je les ai étendues avec de l'eau, en prenant pour guide la quantité d'acide trouvée dans chacune d'elles, de manière à faire quatre eaux de goudron ayant une égale force saturante :

Le n° 1, eau de goudron ordinaire, avait une couleur citrine un peu brune, une saveur amère et aromatique très-prononcée.

Le n° 2 différait à peine de la précédente ; sa saveur était cependant un peu moins amère.

Le n° 3 avait une couleur d'un jaune clair ; sa saveur était bien moins amère que celle des précédentes.

Le n° 4 avait une couleur jaune clair ; son acidité était franche ; elle était à peine mélangée d'amertume.

Il résulte de ces faits : 1° que pendant la digestion prolongée du goudron avec de l'eau, il se détruit une grande partie de la matière amère ;

2° Que la formule de M. Péraire ne tient pas ce qu'il avait promis : un sirop qui représente l'eau de goudron concentrée.

Je ne vois pas grande utilité à avoir un sirop de goudron ; en tous cas, il faudrait le faire en faisant dissoudre le sucre dans l'eau de goudron ordinaire[1].

[1] Ces articles sont extraits d'une revue des nouvelles préparations pharmaceutiques publiées par M. Soubeiran dans le Journal de pharmacie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS DE NÉVRALGIE SCIATIQUE GUÉRIE PAR LA POMMADE DE BELLADONE.

Les solanées vireuses, qui forment une immense famille de plantes, rangées par Linné dans la *Pentandrie monogynie,* sont d'un usage fréquent en médecine ; mais il faut arriver à une certaine époque assez rapprochée de nous, pour trouver sur l'histoire de quelques-unes d'elles, des documents capables d'éclairer l'esprit des praticiens sous le point de vue de leurs effets physiologiques et toxiques.

Ainsi la belladone, qui fut longtemps exploitée par le charlatanisme et l'empirisme italien au profit de la crédulité publique, n'est sortie de l'oubli injuste que pendant la durée du seizième siècle ; et il faut lire les ouvrages de Münch ou de Murray, les expériences plus récentes encore des modernes, pour rester convaincu de la valeur médicale réelle de ce succédané de la jusquiame.

Personne n'ignore les heureux résultats de l'emploi de l'extrait de belladone comme moyen de réduction de l'intestin hernié, dont l'usage a toujours été couronné d'un plein succès dans les salles de chirurgie, à l'hôpital de Toulon, non moins que ses bienfaits dans le traitement de certaines classes de névralgies.

Déjà le *Bulletin de Thérapeutique,* ce guide si fécond et si précis, où nous puisons journellement d'excellentes indications pour le traitement des maladies, a signalé plusieurs fois des exemples nombreux de guérisons obtenues à l'aide des stupéfiants.—Voici un cas de névralgie sciatique, guérie par des onctions avec la pommade de belladone, que je soumets à l'attention de mes confrères.

Étant embarqué sur un bâtiment à vapeur de la marine française, commandé par M. P..., lieutenant de vaisseau, je fus appelé, au mois d'octobre dernier, à donner mes soins à cet officier, pour un commencement de névralgie sciatique du membre pelvien gauche, dont il avait autrefois ressenti des atteintes, et pour lequel il avait subi un traitement à bord du vaisseau *le Jupiter,* à l'époque où nos forces navales stationnaient dans les mers du Levant.

Jeune encore, doué d'un tempérament bilioso-nerveux, M. P... se trouvait, lors de l'apparition de la névralgie, sous l'influence d'une cause morale morbide, provoquée par l'état maladif fort inquiétant d'une de ses plus tendres affections.

Dès que je me fus enquis auprès du malade de tous les commémo-

ratifs qui auraient pu m'être de quelque utilité, je m'assurai bien d'abord du siége et du type de l'espèce de douleur à laquelle j'avais affaire. Étendue depuis l'origine du nerf sciatique, entre l'ischion et le grand trochanter, cette névralgie se propageait de là au creux poplité et venait s'éteindre insensiblement jusqu'aux dernières ramifications nerveuses du pied. La continuité de sa violence était telle qu'elle arrachait des cris au malade en le privant de tout repos; il ne pouvait garder, même pendant quelques minutes, le décubitus sur le dos; alors, le paroxysme de la douleur était porté à la plus haute énergie. Je recourus d'abord à la méthode iatraleptique : des frictions avec un liniment opiacé, faites sur le trajet des principaux cordons nerveux, diminuèrent la sensibilité de l'extrémité inférieure. M. P... profita de cette rémission pour prendre quelques instants de repos; mais, au milieu de la nuit, la douleur se réveilla plus vive et plus atroce que la veille. La pression, loin de diminuer la force du mal, ne faisait que l'exaspérer; le pouls était petit, dur et nerveux; anorexie, anxiété vague et universelle; des élancements douloureux sillonnaient toute la cuisse, tout comme si elle eût été en communication avec la pile de Volta.

En présence de ces symptômes, je fis, cette fois, des frictions avec de l'huile essentielle de térébenthine : un succès momentané suivit de près la médication. Le malade put dormir deux ou trois heures, mais des accès névralgiques nouveaux signalèrent son réveil. M. P...continuellement en proie à cette violente exaltation nerveuse, et sentant, d'un autre côté, les paroxysmes irréguliers de la douleur acquérir chaque jour un degré plus violent d'intensité, je me déterminai à recourir aux antiphlogistiques ou aux sels de morphine déposés sur le derme dénudé; mais avant d'agir avec de semblables moyens, dernière ancre de salut, après l'administration de la térébenthine à l'intérieur, je voulus m'assurer de la spécificité de l'*extrait de belladone*, dont j'avais entendu souvent faire l'éloge le plus éclatant.

Et d'abord, je dus préalablement faire vider le gros intestin au malade, dans la crainte qu'à cause de son ampliation trop grande, et des rapports anatomiques de cet organe, en arrière, il n'y eût action sur le plexus sacré lui-même, et qu'il n'y eût là une cause efficiente de plus de la douleur. Cela fait, je préparai une pommade composée de 4 grammes d'extrait de belladone sur 8 grammes d'axonge, et fis faire des frictions plusieurs fois le jour, tout le long du membre malade, que l'on enveloppait ensuite d'un caleçon de flanelle. A la troisième ou quatrième friction, M. P... éprouva dans l'extrémité inférieure gauche un fourmillement qui n'eut plus rien de pénible, et de légers symptômes de

narcotisme ne tardèrent pas à se développer. Pour la première fois, depuis l'invasion de la maladie, M. P... put goûter sans interruption une nuit entière de sommeil.

Le lendemain, tandisque la névralgie paraissait s'endormir de ce côté, elle se réveillait dans le membre opposé, mais accompagnée de symptômes plus faibles que les premiers. — Mêmes frictions. — Toutefois, le malade mangea avec appétit, et put marcher dans son carré sans éprouver de la difficulté ni une trop grande douleur. A la suite de ces onctions de pommade belladonée, de quelques précautions hygiéniques et d'un régime modéré, adoucissant, M. P... se débarrassa en peu de temps d'une maladie qui l'avait tourmenté jusqu'à ce jour.

Dès que la névralgie se fut dissipée, j'ordonnai au malade un purgatif salin pour faire cesser l'état saburral des premières voies et consolider sa guérison. Depuis la fin d'octobre, les accès ne se sont plus montrés, et, à l'heure qu'il est, M. P... n'a cessé de jouir de la santé la plus complète.

Hiriart,
chirurgien de marine au port de Toulon.

POUDRE DE TABAC EMPLOYÉE CHEZ UN ENFANT POUR FAIRE CESSER L'ASPHYXIE OU L'AVAIT PLONGÉ L'INTRODUCTION DANS LES BRONCHES D'UNE GUILLERÉE D'HUILE.

Un enfant de cinq semaines, était fortement constipé; on lui fit avaler une cuillerée d'huile d'amandes douces sans lui relever convenablement la tête; bientôt après, on vit survenir des phénomènes d'asphyxie qui ne tardèrent pas à devenir effrayants. Ayant été mandé, et m'étant bien informé des circonstances de l'accident, dont les parents ne soupçonnaient même pas la cause, je vis bien qu'il provenait de l'inertie des poumons qui ne se contractaient pas pour rejeter l'huile dont leur surface interne était recouverte. L'idée me vint de faire mettre dans les narines de l'enfant un peu de poudre de tabac. De violents accès de sternutation s'ensuivirent, et la respiration, depuis quelque temps insensible, recommença à s'effectuer; le pouls reparut. Les symptômes d'asphyxie diminuèrent progressivement; mais comme ils tardèrent à disparaître entièrement, je fis redonner une nouvelle prise de tabac, ce qui fut couronné d'un plein succès.

Il n'est peut être pas inutile de dire qu'on avait déjà vainement essayé de le faire vomir en titillant la luette, et que du vinaigre très-fort, qu'on avait cherché à lui faire respirer, était resté impuissant par le fait même de l'inertie des poumons. Nous croyons, qu'en pareille oc-

currence, on ne saurait employer un agent plus efficace que la poudre de tabac.

Pigeaux, D.-M.-P.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires, par le Dr Civiale, *2e partie. — Maladies du col de la vessie et de la prostate.*

Depuis que la découverte de la lithotritie a fait en quelque sorte des maladies des organes génito-urinaires, une branche à part dans la science, les hommes habiles qui se sont voués à cette spécialité, après l'avoir créée, pouvons-nous dire sans crainte d'être démenti, ont compris qu'il était de leur dignité, en même temps sans doute que c'était un besoin de leur intelligence, de ne point se renfermer dans les limites de la lithotritie, et d'embrasser dans leur ensemble les maladies aussi nombreuses que variées de l'appareil génito-urinaire; M. Civiale surtout a suivi cette direction avec un zèle dont on ne saurait trop le louer. Tout le monde connaît les publications nombreuses que nous devons à sa plume, aussi élégante que féconde. Le livre dont nous nous occupons aujourd'hui, en même temps qu'il poursuit un travail important commencé depuis plusieurs années déjà, met en lumière divers points de pratique jusque-là fort obscurs, et sur lesquels nous voulons surtout éveiller l'attention de nos lecteurs.

Un des premiers points qu'aborde l'auteur et qui certes n'est pas le moins intéressant, c'est l'affection purement nerveuse, vitale du col de la vessie. Avec le principe exagéré de l'école anatomique, qui pose que tout désordre fonctionnel a son point de départ nécessaire dans une lésion de tissu, dans une modification matérielle de la fibre vivante, nous avons perdu de vue les lésions purement dynamiques, les altérations immatérielles, et en même temps les lésions dont l'essence consiste dans un mode anormal de l'innervation locale. Après s'être d'abord exagéré la sensibilité de la muqueuse urétro-vésicale, à ce point que la principale objection, qu'on adressa à la lithotritie, à son origine, se tirait de cette sensibilité, on tomba dans l'erreur contraire et les affections purement nerveuses de cette muqueuse furent à peu près complétement niées. M. Civiale, dont l'intelligence est trop large pour ne comprendre qu'une idée, reconnaît que tout fréquents que sont les cas où les désor-

dres fonctionnels des organes génito-urinaires se rattachent à une lésion organique, les cas où manque cette lésion ne sont point non plus rares. L'auteur est très-explicite sur ce point; laissons-le parler lui-même... « Bien qu'il soit hors de doute, que l'essentialité attribuée à eaucoup de troubles fonctionnels atteste seulement qu'on n'a pas cherché la cause matérielle avec assez de soin, ou que cette cause a échappé même aux investigations les plus scrupuleuses; quoiqu'il soit également incontestable que les ouvertures de cadavre ont jeté de la lumière sur les états morbides qui peuvent se déclarer sous l'influence d'une névralgie et la rendre incurable, il n'en est pas moins vrai que les autopsies ne nous apprennent rien sur le compte des névralgies exemptes de toute complication, et que la pratique s'élève contre une application trop rigoureuse des inductions de la théorie. Il est bien difficile effectivement d'admettre une lésion organique, lorsqu'on voit les accidents névralgiques cesser et ne point reparaître, quoiqu'on n'ait rien fait pour combattre une altération matérielle et que la nature n'ait pas eu le temps de s'en débarrasser d'elle-même par ses propres efforts; car, dans presque tous les cas, la guérison a lieu avec tant de promptitude, qu'on se voit forcé de rejeter l'idée d'une maladie parcourant régulièrement ses périodes. » Cet aveu est d'autant plus précieux, qu'il est arraché à un homme que la direction habituelle de ses travaux doit naturellement porter à faire en pathologie une part très-large aux désordres matériels. La nature nerveuse des états morbides dont nous parlons, une fois démontrée, M. Civiale montre, dans une symptomatologie très-intéressante par le groupement nouveau des symptômes, les physionomies variées que peuvent revêtir ces affections. Les Anglais avaient déjà tenté de rattacher à un état anormal, disons mieux, à une vitalité anormale du col de la vessie, un certain nombre de phénomènes morbides flottant dans les cadres nosologiques suivant les caprices des théories, et ils ont désigné cet ensemble de phénomènes sous le nom de *cystéréthisme;* mais tout ici était vague et indéterminé. M. Civiale profitant à la fois des lumières d'une physiologie plus avancée et des enseignements d'une expérience plus large, a beaucoup fécondé cette conception incomplète. Si cette partie de son livre nous paraît celle qui porte le plus le cachet de l'originalité, nous n'en recommanderons pas moins à l'attention des praticiens les développements qu'il a su donner à la thérapeutique de ces affections. Sous ce rapport, l'auteur distingue avec raison les cas de névralgie vésicale simple d'avec ceux que compliquent une lésion organique, ou toute autre affection : en homme que le scepticisme moderne n'est point parvenu à désarmer, il établit que, dans ces derniers cas même, bien que

la lésion de sensibilité ou de contractilité soit commandée par la lésion concomitante, on n'en doit pas moins combattre celle-là tout comme on combat l'insomnie ou la toux des phthisiques, malgré les produits anormaux implantés dans le tissu pulmonaire; seulement, en pareil cas, il est clair que les accidents reparaissent souvent, résistent quelquefois, mais ils sont palliés presque toujours; cela ne suffit-il point pour justifier l'*action* et condamner l'abstention systématique *des méditateurs de la mort*.

Ce sujet épuisé, M. Civiale traite des maladies des vésicules séminales et des affections variées auxquelles est sujette la prostate. Plusieurs des points que contiennent ces deux dernières sections ont été traités avec tous les développements et la sagacité qu'on pouvait attendre d'un homme aussi haut placé que M. Civiale dans sa spécialité. Toutefois, nous mettrons quelque restriction dans notre éloge, en ce qui concerne ce qu'en hardi localisateur M. Civiale appelle les maladies des vésicules séminales ; il a ici en grande partie accepté les vues de M. Lallemand : nous croyons l'étiologie à laquelle on s'est ici effectivement attaché tout à fait erronée. Non, il n'est pas vrai que ce que les anciens appelaient consomption se résolve dans une irritation des vésicules séminales. La discussion de cette idée nous conduirait trop loin, nous nous bornerons à cette simple négation et nous sommes convaincu que si M. Civiale veut étudier les faits sans mettre, comme un écran entre les faits et lui, le *Traité de la spermatorrhée*, il en viendra au sentiment que nous exprimons ici. Nous regrettons sincèrement surtout, que M. Civiale se soit fait l'écho du chirurgien de Montpellier en avançant, lui aussi, que la chasteté n'est presque jamais que de l'impuissance ; est-ce que l'auteur croit, par hasard, que M. Lallemand a fait de la science ici? il a fait de la haine, de l'impiété sous forme d'anatomie pathologique, et rien de plus. Voilà comment « personne n'a mieux traité que M. Lallemand ce point délicat. »

Guide du médecin praticien, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par M. J. Valleix, *médecin du bureau central des hôpitaux, etc.*

L'ouvrage didactique dont M. Valleix entreprend la publication, s'annonce sous de favorables auspices. Les deux premières livraisons, que nous avons sous les yeux, promettent un travail sérieux et complet, et qui justifiera son titre. La pathologie interne tout entière doit y trouver place, et cela dans un ordre méthodique, déterminé d'avance

et sur un plan prévu ; en un mot, cet ouvrage sera un véritable traité de médecine publié par livraisons. L'auteur a eu principalement en vue de répondre à ce besoin de notre époque si généralement exprimé de travaux portant essentiellement l'empreinte d'un but d'utilité pratique. Pour cela, après avoir exposé avec tous les développements convenables les éléments d'une maladie, symptômes, causes, diagnostic, etc., il s'arrête d'une manière particulière sur le traitement, dernier but de tous les efforts de notre art. Dans cet article, consultant les anciens, demandant des lumières aux traités généraux et aux nosographies, compulsant les journaux et les recueils de toute espèce, l'auteur s'est efforcé de faire ce travail indispensable au praticien, et que néanmoins le praticien peut rarement exécuter, c'est-à-dire de rassembler les faits épars, de faire connaître les moyens, les procédés thérapeutiques les plus importants, et de les présenter dans un ordre convenable, de manière à tracer au médecin sa ligne de conduite pour tous les cas qui peuvent réclamer son ministère.

Cet ouvrage commence par les maladies des voies respiratoires, et les deux premières livraisons parues contiennent les articles *Epistaxis*, *Coryza aigu*, *Coryza chronique*, *Punaisie et Ozène*. Les développements tout à fait pratiques que l'auteur a donnés à l'exposition de ces maladies, beaucoup moins importantes que celles qui vont suivre, en promettent de plus étendus encore, lorsqu'il traitera des graves affections des voies respiratoires. Mais il n'est pas, en pathologie, de question si minime en apparence sur laquelle un esprit instruit et judicieux ne puisse jeter de vives lumières ; c'est ce que M. Valleix a prouvé dans son article *Coryza chronique*, question jusque-là assez obscure, et qu'il nous semble avoir beaucoup élucidée. Très-souvent, en effet, dans la pratique, on a confondu le coryza chronique simple, soit avec l'impétigo des narines, soit avec la punaisie, ou bien encore avec l'ozène ; enfin, avec les polypes et le cancer des fosses nasales. M. Valleix, dans une analyse sévère, a décomposé les éléments morbides de ces diverses affections, en a montré au doigt les différences et les caractères propres à chacun d'eux, de sorte que toute erreur dans le diagnostic, qui en entraînait de fâcheuses dans le traitement, nous paraît avoir été rendue plus difficile. Une innovation, dont les praticiens tiendront grand compte à M. Valleix, consiste à avoir terminé l'article *Traitement* de chaque maladie par une ou plusieurs ordonnances empruntées avec discernement, et appréciées avec une sage critique, aux célèbres praticiens anciens et modernes. Ces ordonnances, d'ailleurs, se rapportent aux diverses indications thérapeutiques qui peuvent se présenter. Le public médical ne peut manquer d'accueillir avec faveur cet ouvrage

très-recommandable, et qui, il faut le dire, se présente dans des conditions beaucoup plus favorables que les traités didactiques parus jusqu'alors.

Traité pratique des maladies des enfants depuis la naissance jusqu'à la puberté, par Berton, *docteur en médecine de la faculté de Paris, etc., avec des notes de M. le docteur* Baron, *2e édition.*

Billard peut être à bon droit regardé parmi nous comme le premier médecin qui ait mis la pathologie de l'enfance au niveau de la médecine moderne. Avant que son livre si substantiel ne parut, nous n'en étions plus sans doute dogmatiquement au moins, à faire dériver toutes les maladies de cet âge du travail de la dentition ou de la présence des vers dans le tube intestinal; mais serait-ce se hasarder beaucoup que de dire, que, dans la pratique, la plupart des médecins n'avaient guère dépassé les limites de cette étroite étiologie. A partir du jour où cette intelligence distinguée eut tracé son lumineux sillon dans ce champ obscur de la science, un grand nombre d'observateurs ont marché plus ou moins heureusement dans cette direction; la science s'est successivement enrichie de monographies, qui intéressaient presque autant que la description d'un monde nouveau. Pendant plusieurs années, ces travaux furent exécutés à peu près exclusivement du point de vue de l'anatomie pathologique, et quelque valeur qu'on attribue à cette dernière, tout le monde sent instinctivement que la science tout entière, que la science pratique surtout ne saurait sortir de là. Aussi bien tous ces travaux partiels ne sont-ils guère que le sepulchretum de la pathologie de l'enfance, et nul n'ose tenter d'établir sur cette base trop peu solide l'édifice entier de cette pathologie : Billard lui-même, malgré la viguenr et la netteté de sa conception, se montre surtout anatomiste; hors de cette voie, il hésite et s'égare souvent. Quand M. le docteur Berton fit paraître la première édition de l'ouvrage, dont nous nous occupons en ce moment, les temps étaient déjà devenus nn peu meilleurs pour la destinée d'un traité des maladies des enfants; on pouvait déjà faire un peu plus que de l'anatomie pathologique, et le système des saignées coup sur coup n'était pas encore inventé, ou au moins ce système était encore sous cloche. Cependant on sent que l'auteur est gêné, mal à l'aise, qu'il tronque son sujet, bien qu'il soit de force à l'embrasser dans son ensemble, et cela tout simplement parce qu'il s'arrête là où il n'y a point d'anatomie pathologique à faire, quelques sangsues ou au moins un petit cataplasme à prescrire. Heureusement M. Berton n'a point fait la marmotte depuis les cinq ou six années qui ont suivi la

première publication, et l'ouvrage, nous pourrions dire nouveau, qu'il publie aujourd'hui s'est laissé féconder par le temps. L'auteur embrasse toute la pathologie médicale de l'enfance, depuis la naissance jusqu'à la puberté. Le plan de son ouvrage est simple, il peut être indiqué en quelques lignes. Dans un premier chapitre, M. le docteur Berton émet quelques idées générales sur la cause et la nature des maladies chez les enfants : ceci est trop court, l'auteur ne se sépare point assez nettement des idées étroites dans lesquelles la science ne tient plus. Si quelque jour il touche de nouveau aux questions qu'il ne fait ici qu'effleurer, nous lui conseillons, avant de se mettre à l'œuvre, de lire Dumas, Barthée et surtout Burdach; cette lecture élargira son horizon. Dans un second chapitre viennent les affections encéphalo-méningées, il y a du progrès dans ce mot affections : on voit déjà ici qu'il ne s'agit point seulement de cérébrite et de méningite; M. Berton ne s'est point laissé écraser sous la coupole du Val-de-Grâce, toutefois la caque sent encore un peu trop le hareng; et, puis il y a dans les névroses quelques lacunes à remplir. Les affections bucco-pharingiennes et laryngées sont la matière du troisième chapitre. Viennent ensuite les maladies des organes de la respiration. La cinquième section est consacrée aux maladies gastro-intestinales, puis les principales maladies de la peau. L'ouvrage se termine enfin par un appendice fort intéressant, qui contient, avec des développements plus ou moins considérables, divers états morbides qui ont échappé à la classification systématique qui précède. Nous citerons parmi ces derniers comme ayant plus particulièrement fixé notre attention, le rhumatisme, l'hémiplégie faciale, l'albuminurie. La chlorose, les scrophules, le rachitisme ont aussi été rejetés dans cet appendice. Tant que vous verrez des affections comme celles-là traitées ainsi à l'écart, tenez pour certain que la science est loin d'être faite; mais ceci ne regarde point M. Berton, ne le lui imputons donc point.

Si cette notice n'avait déjà un peu d'étendue, nous reviendrions sur quelques-uns des points que nous n'avons qu'implicitement indiqués en nous bornant à l'énonciation des grandes sections : nous aurions surtout plus d'une remarque à faire sur la méningite tuberculeuse, L'auteur veut encore comme en 1834 que les granulations tuberculeuses, qui caractérisent anatomiquement cette maladie, ne soient autre chose que les glandes de Pacchioni malades; en vérité il faut vivre dans un temps de rivalité hostile comme le nôtre, pour voir surgir de pareilles questions. Quant à nous, nous l'avouerons franchement, sont-ce là des glandes de Pacchioni dégénérées, tuberculisées, ou de tubercules créées de toutes pièces! Nous n'en savons point un mot et n'en avons

cure. Vous nous dites, M. Berton, que vous n'abandonnez point cette question; de grâce rétractez-vous : vous avez un trop bon esprit, vous saisissez trop bien le côté pratique des questions, pour que vous vous amusiez ici à battre le mur; tenez, au lieu de cela, étudiez sérieusement la thérapeutique de cette forme de la méningite, et vous verrez que l'art n'est point aussi complétement désarmé que vous le dites vis-à-vis de cette affection. En revanche, disons-le pour finir, nous avons lu M. Berton avec le plus vif intérêt dans tout ce qu'il dit de la question nouvelle de la fièvre typhoïde chez les enfants; ici l'auteur se montre bon élève d'une bonne école, mais nous nous arrêterons, car nous voici revenu à l'éloge, et nous craindrions, dans l'intérêt même d'un si bon livre, d'en user trop largement.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Un mot sur les moyens d'arrêter les hémorragies produites par certains polypes de l'utérus. — Il n'est pas rare de voir des femmes chez lesquelles l'existence de polypes dans la matrice est longtemps méconnue. Chez ces femmes on observe des hémorrhagies utérines plus ou moins considérables, qui se répètent souvent, et contre lesquelles les astringents locaux et les médicaments internes de même nature sont impuissants. Il s'ensuit qu'au bout de quelques mois la quantité de sang qui a été perdue est énorme, et que la malade, d'ailleurs bien constituée, et jusque-là bien portante, est réduite à la plus extrême faiblesse, est presque anémique, ne digère plus, a des vomissements, est enfin dans un état grave. Dans de telles circonstances, le diagnostic étant bien établi, la question est de savoir s'il faut opérer ou non le sujet et enlever le polype qui entretient la perte de sang. Assurément non, car la femme est dans des conditions très-fâcheuses, et l'extirpation, vu sa faiblesse, pourrait avoir des suites funestes. Voici les observations faites par un grand praticien sur cette matière et les moyens employés par lui dans ces cas. M. Lisfranc a remarqué que la plupart des polypes de l'utérus sont blancs et fibreux, que ces polypes ne contiennent qu'un très-petit nombre de vaisseaux sanguins dans leur intérieur, mais qu'ils sont recouverts d'une espèce de membrane muqueuse très-injectée d'une sorte de réseau vasculaire; ce chirurgien s'est convaincu que c'est de cette membrane que vient le sang. Voici le moyen imaginé par M. Lisfranc, et qui lui a toujours réussi dans tous les cas de polypes fibreux et blancs où il l'a mis en usage. Si le polype est très-bas, il

saisit, avec le pouce et l'indicateur, cette espèce de membrane vasculaire dont nous avons parlé, il la pince, la tire, la déchire, et pèle en un mot le polype. Après cette petite opération, l'hémorragie s'arrête et ne se reproduit pas. Si le polype est situé trop haut, pour agir ainsi, il introduit le plus grand spéculum possible, il accroche le polype avec des érignes et l'attire; s'il coule trop de sang, il éponge, il pratique des injections avec de l'eau froide ou de l'eau alumineuse; puis il touche autant que possible toute l'étendue de ce polype avec le proto-nitrate acide de mercure; à l'instant, l'hémorragie s'arrête. — En employant ces moyens, on a l'avantage de tarir les pertes de sang et de permettre aux malades de reprendre les forces nécessaires pour subir plus tard l'opération. — Nous avons vu, il y a trois jours, mettre en usage la dernière méthode que nous avons décrite, sur une malade âgée de vingt-trois ans, couchée au n. 10 de la salle Saint-Augustin à l'hôpital de la Pitié. Cette malade, très-bien constituée d'ailleurs, porte un polype simple pédiculé, qui, depuis huit mois, avait été méconnu en province, et qui, aujourd'hui, a le volume d'une grosse poire d'Angleterre. Cette malade était faible, pâle et comme anémique à la suite des pertes de sang qu'elle a éprouvées; elle vomissait depuis trois jours consécutifs; il était impossible de l'opérer dans un tel état. M. Lisfranc a attiré le polype avec des érignes et l'a touché avec le nitrate acide de mercure. L'hémorragie s'est arrêtée. On va maintenant nourrir convenablement cette malade et lui donner le temps de reprendre des forces; puis on l'opérera.

Deux opérations de hernies crurales étranglées suivies de guérison. — L'opération de la hernie est, sans contredit, une des plus graves de la chirurgie. D'après des relevés faits dans les hôpitaux, l'on peut dire que dans ces cas la guérison est l'exception, et la mort la règle. C'est pour cela que nous nous faisons un plaisir de mentionner deux observations recueillies dans le service de M. Lenoir à la Pitié, où le plus beau résultat a couronné la tentative du chirurgien.

Au n° 27 de la salle St-Gabriel fut couché, le 14 mars 1841, un polisseur de bijoux d'acier, âgé de 42 ans, nommé Charles Grout. Ce malade pressentait, depuis huit jours, des symptômes de l'étranglement herniaire, et cependant il était venu à pied à l'hôpital. Depuis un an l s'était aperçu qu'il portait une grosseur à l'aine droite : en la comprimant, il en réduisait facilement une partie qui rentrait avec gargouillement; mais il restait une petite masse dure qu'il n'a jamais pu faire disparaître; il ne se doutait pas de la gravité de son affection et

n'avait jamais voulu s'assujétir à porter un bandage. Le 6 mars, étant au lit, il est surpris par des vomissements suivis d'un besoin d'aller à la garde-robe qu'il satisfait; bientôt il survient des tranchées de colique, un brisement des forces et de la dyspnée. Le lendemain, les vomissements, qui s'étaient répétés de quart d'heure en quart d'heure dans la nuit, persistent ainsi que les autres symptômes; cela n'empêche pas le malade de se lever et d'aller à son travail; mais, à chaque pas qu'il fait, il est arrêté par la douleur qu'il éprouve à l'aine. Il rentre chez lui. Toujours dominé par l'idée qu'il n'a qu'une indigestion, il espère que tout cet orage s'apaisera de lui-même, et il reste six jours avec son mal. Enfin il se rend à pied au bureau central et de là à la Pitié en se reposant néanmoins de borne en borne : c'était le septième jour à partir de l'invasion. A son entrée, voici quel était son état : La figure n'offre point cette altération caractéristique d'une lésion abdominale grave; peau sèche, mais sans chaleur; pouls plein à 90; tension médiocre du ventre qui est à peine douloureux à la pression; point de signes extérieurs d'inflammation à la tumeur inguinale dont le tégument a conservé sa couleur et qui se laisse manier presque comme une hernie simple; la tumeur ressemble assez, pour la forme et la consistance, à un gros ganglion lymphatique placé en travers au-dessous de l'arcade de fallope et appuyant son extrémité interne à l'anneau crural, dans lequel il semble envoyer ses racines; cette tumeur jouit d'une certaine mobilité latérale, mais ne se laisse pas sensiblement détacher des parties profondes. Cet ensemble de caractères, joint au peu d'altérations des traits de la face, pouraient faire penser à l'existence d'une simple hernie épyloïque à peine serrée dans l'anneau; mais les matières vomies ont commencé à prendre, dès le quatrième jour, une saveur très-désagréable et une odeur fécale, comme le dit littéralement le sujet, et la constipation dure depuis le début. Il est évident dès lors que l'intestin est compromis. Pour s'assurer si l'étranglement porte sur tout son calibre, on administre successivement, à quatre heures d'intervalle deux bouteilles d'eau de Sedlitz qui restent sans résultat.

Le soir du huitième jour, M. Lenoir décide l'opération et la pratique de la manière suivante : Avec le pouce et l'indicateur de la main gauche écartés, il fixe la peau et l'incise avec un bistouri convexe dirigé parallèlement à la tumeur et d'un seul trait qui la dépasse à ses deux extrémités. Il divise les premières couches sous-cutanées de la même manière, en menant l'instrument avec la plus grande précaution; ensuite, à l'aide d'une pince, il soulève des lames et les coupe en dédolant. Bientôt il en rencontre une large unie et qui paraît envelopper toute

la tumeur. Est-ce le sac? mais on n'y voit point de sérosité : on ouvre cette membrane et rien ne s'en écoule. Au-dessous de cette toile, le chirurgien tombe sur une masse graisseuse. Est-ce du tissu adipeux extrakystique ou l'épiploon? L'opérateur interroge cette masse graisseuse en divisant quelques lamelles et en écartant les lobules par des déchirures ménagées. On découvre une surface noirâtre vers l'anneau ; c'est la sérosité du sac. On incise la fine membrane transparente qui contient le liquide coloré ; il en jaillit une cuillerée environ. Agrandissement de l'ouverture du sac sur une sonde cannelée : on aperçoit l'intestin en dedans, en face de l'anneau. Comme il est en partie coiffé par l'épiploon adhérent, M. Lenoir engage le doigt entre l'intestin et cette membrane et la divise avec des ciseaux courbes. Alors on examine à l'aise la hernie intestinale ; elle est du volume d'une grosse noix et de couleur brunâtre. Tractions infructueuses pour faire sortir l'anse. L'étranglement est si serré que la sonde cannelée ne s'introduit qu'à grand' peine entre l'intestin et le ligament de Gimbernat. Un bistouri boutonné glissé dans la rainure de l'instrument conducteur attaque ce tégument. M. Lenoir retire la sonde, y substitue le doigt, guide plus sûr, et achève ainsi le débridement en dedans. On tire au-dehors l'intestin, dont les traces de constriction s'étendent jusqu'au mésentère ; il est renitant, avec une petite tache grisâtre de la largeur d'une lentille et à peine indiquée. Pas d'exsudation plastique sur l'intestin ; il se réduit aisément. L'épiploon est adhérent ; on le laisse dans la plaie ; pansement à plat. Eau de Sedlitz ; deux lavements purgatifs. — Neuvième jour, jusqu'à deux heures du soir, le malade n'éprouve aucun soulagement ; mais 30 grammes d'huile de ricin administrés alors opèrent une débâcle extrêmement fétide qui rend au malade le repos et le sommeil. — Dixième jour. A la visite, il se dit guéri et demande à manger. Le ventre est détendu, presque plus douloureux ; pouls à 90. — Onzième jour. Le mieux continue ; état général et local excellent ; pouls à 80. L'épiploon est insensible au toucher ; il transmet la pression du doigt, mais il ne la perçoit pas ; trois bouillons. — Quinzième jour. Le malade a retrouvé toute sa gaîté et sa santé première. La plaie est presque fermée. — Vingtième jour. Un petit abcès se développe sous la lèvre inférieure de la plaie ; il est ouvert et guérit en quelques jours.— Le malade sort complétement rétabli le 19 avril, un mois après son opération, trente-sept jours après le début de l'étranglement.

Voici la seconde observation : Françoise Tarreau, âgée de quarante-six ans, blanchisseuse, est entrée le 31 août 1841, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, n° 7, service de M. Lenoir. Elle était affectée d'une hernie crurale droite, étranglée depuis deux jours. Le 29 août,

cette femme, étant à travailler, fut prise subitement de douleurs très-vives dans l'abdomen et spécialement dans la région des reins. Elle avait, depuis trois moistont au plus, la hernie, et ne portait pas de bandage. Les douleurs devinrent bientôt plus fortes, et elle fut obligée de se coucher. Le lendemain matin, 30 août, elle vomit pour la première fois; elle n'avait pas été à la selle depuis l'avant-veille. Un médecin, appelé le mardi matin, prescrivit un bain entier, et tâcha, sans y parvenir, de réduire la hernie; le soir, la malade entra à la Pitié avec tous les signes d'une hernie crurale étranglée. L'élève de garde chercha à faire rentrer la tumeur dans l'abdomen; ses efforts étant infructueux, il pratiqua deux saignées du bras, de quatre palettes chacune. Le mercredi, 1er septembre, M. Lenoir essaya de réduire et ne put encore y parvenir (application de glace sur la tumeur, trois heures après, quarante sangsues autour de la tumeur). Le soir, à huit heures, tous les accidents persistant, M. Lenoir se décida à opérer. — L'opération ne présenta rien d'extraordinaire; elle fut seulement un peu longue à cause de la difficulté de distinguer, à la lumière artificielle, le sac herniaire des feuillets celluleux qui le recouvraient. Le siége de l'étranglement était à l'anneau crural, et l'étranglement produit par le ligament de Gimbernat. Une incision pratiquée sur ce ligament permit la réduction de la tumeur. Il s'agissait d'une entero-épiplocèle L'intestin et l'épiploon étaient sains. Un purgatif fut administré immédiatement après. Le jeudi, la malade rendit une grande quantité de matières fécales et se trouva extrêmement soulagée; les vomissements avaient cessé de suite après l'opération. Depuis ce moment, la malade a été de mieux en mieux. La plaie s'est complétement cicatrisée, et elle est sortie guérie le 27 septembre 1841.

Sur la rétraction musculaire syphilitique, et son traitement. — Il est une affection extrêmement rare et signalée depuis quelque temps seulement, sur laquelle il est important d'appeler l'attention de nos lecteurs, c'est la rétraction musculaire syphilitique. Cette affection affecte le plus souvent les muscles fléchisseurs de l'avant-bras, si l'on en juge du moins par plusieurs cas consécutifs de ce genre, que nous avons observés dans ces dernières semaines, à l'hôpital des Vénériens, dans le service de M. Ricord. Les trois malades couchés dans les salles nº 1 et nº 2, qui ont présenté cette altération curieuse, étaient arrivés à cette période de l'infection constitutionnelle, caractérisée par les symptômes auxquels M. Ricord a donné le nom d'accidents tertiaires. Chez tous les trois, la rétraction a eu une similitude parfaite; elle a

eu pour siége, les fléchisseurs de l'avant-bras. Les muscles de cette partie paraissent raccourcis sous l'influence de la contraction permanente, qui ne permet pas d'étendre le bras; mais leurs tissus quoique durs et raides, ne présentent aucune altération appréciable. Un symptôme important à noter, c'est la douleur particulière qui existe dans la partie contractée; cette douleur s'exaspère la nuit, et est en tout, comparable aux douleurs ostéocopes. Chez un de ces malades, un menuisier couché au n° 7 de la salle 2, la rétraction coïncidait avec des ulcérations tertiaires de la gorge; et chez un forgeron couché au n° 3 de la même salle, avec une hypérostose du tibia. Ces malades ont été soumis au traitement par l'iodure de potassium que nous avons fait connaître, et auquel M. Ricord et les praticiens qui ont suivi ses indications, ont dû des guérisons si remarquables. Le succès a été ici, aussi prompt et aussi facile à obtenir, que pour tout autre symptôme tertiaire. Les douleurs ont cessé chez tous les malades, avant le cinquième ou le sixième jour; les mouvements du membre ont suivi une amélioration progressive, et bientôt sont devenus parfaits.

De l'utilité dans quelques cas de l'administration du mercure, à dose rapidement croissante. — Tous les praticiens savent qu'il est un certain nombre d'ulcérations syphilitiques, phagédéniques, dont on ne peut venir à bout d'obtenir la cicatrisation, ni par les mercuriaux, ni par toute autre méthode. Ces cas sont assez rares dans la pratique particulière, mais dans les hôpitaux, il est commun de voir un certain nombre de malades, séjourner dans les salles pendant six mois, un an et d'avantage, et malgré la thérapeutique la plus active, ne pas être beaucoup plus avancés alors qu'à leur entrée. L'on peut voir au moins douze malades de ce genre dans les salles de M. Ricord, à l'hôpital du Midi. L'insuccès des mercuriaux même, longtemps continués d'après la méthode ordinaire, tient-il dans ces cas, à ce qu'arrêtés par les diarrhées et les phénomènes de stomatite qui se développent, les médecins n'ont pas osé passer outre, et ont trop redouté la perturbation portée par le mercure, et sur le canal intestinal, et sur la bouche? Il serait possible qu'il en fût ainsi si l'on en croit la série d'expériences curieuses, auxquelles se livre M. Ricord. Loin de craindre la salivation et la diarrhée dans ces cas rebelles, il les appelle par l'administration rapidement croissante du mercure. Dix malades ont été soumis à cette méthode perturbatrice, et chez tous, on a eu à s'en louer, car la maladie stationnaire depuis huit mois, un an, dix-huit mois, a subi une modification rapidement avantageuse, et plusieurs ont été complétement

guéris en douze ou quinze jours. Parmi ces derniers, nous avons surtout remarqué un serrurier couché au n° 9 de la salle 1re, qui portait une ulcération phagédénique et serpigineuse à l'aine et sur le ventre, résultant d'un bubon ulcéré, et au n° 6 de la même salle, un malade ayant, depuis sept mois, une ulcération de mauvaise nature de la verge, rebelle à tous les moyens. Nous avons surtout remarqué la guérison d'un homme couché au n° 2 de la salle 5me, qui portait depuis dix-huit mois, de larges chancres phagédéniques, diphthéritiques et serpigineux, occupant toute l'étendue de la portion interne du tiers supérieur de la cuisse, et avaient envahi de larges surfaces sur l'abdomen. Ce malade avait été traité infructueusement pendant plusieurs mois, par M. Cullerier, et plus tard, par M. Ricord. C'est le protoiodure de mercure qui est employé dans ces cas, et voici de quelle manière : Le premier jour, M. Ricord donne une pilule de cinq centigrammes de protoiodure; le second jour, deux pilules ou dix centigrammes (deux grains) du médicament; le troisième jour, trois pilules; le quatrième jour, quatre, et ainsi de suite. Chez un malade actuellement dans les salles, on a dû porter la dose du protoiodure de mercure, jusqu'à cinquante-cinq centigrammes (onze grains) par jour, avant d'amener le mouvement curatif. Mais le plus souvent, les effets thérapeutiques deviennent notables avant le septième jour. Bientôt, vers le troisième ou quatrième jour, suivant les idiosyncrasies, des symptômes de stomatite, de ptyalisme si manifestent, il survient aussi une assez forte diarrhée, et presque en même temps, l'action thérapeutique se montre sur les ulcérations avec une énergie qui est en rapport avec celle des accidents mercuriels produits. Dès que la maladie que l'on voulait combattre se trouve franchement modifiée, et quelquefois vingt-quatre heures suffisent pour cela, lorsqu'on est arrivé à la dose de cinq ou six pilules par jour, on suspend l'usage du mercure, et quelques jours de régime, et un certain nombre de cautérisations des gencives ou des ulcérations de la bouche avec de l'acide hydrochlorique, font disparaître les accidents de mercurialisme. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que sous l'influence de l'impression profonde et rapide de ce traitement sur lequel Dzondi, du reste, avait donné des indications, plusieurs formes de symptômes primitifs de la syphilis, qui paraissaient s'aggraver par l'emploi du mercure, d'après la méthode ordinaire, ont paru rentrer tout à fait sous l'empire de son action.

Fracture congéniale non consolidée. — Au n° 11 de la salle Saint-Antoine, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, se

trouve un enfant qui a fixé notre attention à cause du genre de difformité dont il était atteint, mais principalement à cause du résultat avantageux du traitement qui lui a été appliqué. Cet enfant âgé de dix ans, porte depuis sa naissance, une fracture non consolidée des deux os de la jambe droite, sur le tiers inférieur du membre, de plus, du même côté existait une forte rétraction du tendon d'Achille. La jambe de cet enfant était comme roulée en arrière sur elle-même, et il lui était impossible de marcher autrement qu'avec des béquilles. Il importait de remédier à de si graves difformités; mais quel parti prendre à cet égard? le cas était difficile. M. Lisfranc a commencé par pratiquer la section du tendon d'Achille; cela fait par des tractions opérées par des appareils orthopédiques, il s'est efforcé d'obtenir lentement l'allongement des muscles, et de pouvoir ainsi réduire la fracture des deux os de la jambe. Ces tentatives ont eu un plein succès, quoique l'état du malade se fût compliqué d'abcès, par suite de la section du tendon. Le membre étant redressé, et les extrémités des os fracturés ayant été mises bout à bout, fallait-il aller plus loin, et tenter d'obtenir la consolidation de la fracture congéniale, par un des moyens chirurgicaux, employés en pareil cas. M. Lisfranc ne l'a pas pensé, car l'enfant est faible et lymphatique, et n'aurait pas pu supporter l'opération. Dans une telle occurrence, M. Lisfranc a fait fabriquer par M. Absil, bandagiste mécanicien, un appareil composé de tiges métalliques et de courroies, qui maintenant les os en contact, et prenant son point d'appui sur le bassin, permet à cet enfant de marcher librement et sans appui, tout comme s'il n'avait pas la jambe cassée.

VARIÉTÉS.

Suspension, par le préfet, de l'arrêté du conseil général des hôpitaux.— Nous avons annoncé la décision prise par le conseil général des hôpitaux de Paris, décision qui interdisait à l'avenir aux médecins la faculté de faire l'autopsie des sujets réclamés avant d'en avoir obtenu la permission préalable des parents. Cette mesure, qui équivalait à une suppression à peu près complète des autopsies, c'est-à-dire, à l'impossibilité de l'étude de l'anatomie pathologique, a été accueillie avec un sentiment tel de répulsion et une opposition si unanime, que, très-certainement elle sera révoquée. Déjà le préfet de la Seine, usant des droits dont il est investi, en a suspendu l'exécution jusqu'à décision ultérieure du ministre de l'intérieur, à qui seul il appartient de la re-

jeter définitivement. Tout fait espérer et prévoir un pareil résultat. La décision du conseil a, en effet, vivement ému le corps médical de Paris; les médecins des hôpitaux, la faculté de médecine, l'Académie, ont simultanément protesté et adressé leurs légitimes réclamations au ministre de l'intérieur. De plus, le ministre de l'Instruction publique, éclairé sur les conséquences désastreuses, pour les études médicales, de la décision du conseil, a fait une démarche officieuse auprès de son collègue pour lui en demander la révocation. Après tout cela, il est impossible que le ministre de l'intérieur sanctionne de son approbation une mesure qui ferait rétrograder l'enseignement des sciences médicales jusqu'à la barbarie du moyen âge.

Si les médecins veulent avoir encore quelque force et quelque puissance, ils ne peuvent les trouver que dans l'association. — Par ce qui vient de se passer dans l'affaire des hôpitaux, les médecins peuvent apprécier tout ce qu'ils pourraient faire, s'ils voulaient sortir de cet état d'isolement dans lequel ils vivent. L'isolement, c'est la faiblesse et l'inaction; l'association, c'est la force et la puissance. Tant que les médecins ne sentiront pas tout ce qu'il y a de fécond dans le principe de l'association, ils consumeront, dans des récriminations stériles et sans portée, leur activité et leur intelligence. Les plaintes isolées sont sans action, nous ne cesserons de le répéter; pour que les médecins obtiennent ce qu'ils désirent, comme corps, il faut qu'ils aient un esprit de corps; or, cet esprit de corps n'existe pas, et c'est là ce qui fait tout notre mal. A qui la faute? aux médecins haut placés, d'abord, dont l'indifférence pour les intérêts du corps est poussée jusqu'aux dernières limites. Les grands seigneurs de notre ordre se prélassent dans les honneurs et la fortune, sans souci des besoins de l'immense majorité de leurs confrères. Lorsque, par leur position, par leurs rapports, par leur contact avec le pouvoir, il leur serait si facile d'obtenir, ou du moins de demander satisfaction de nos désirs, ils semblent dire au pouvoir que tout va bien chez nous, puisqu'ils se taisent sur nos souffrances. Cet optimisme est déplorable et bien coupable. Dans les hautes régions de notre art, cela est triste à dire, on ne rencontre ni libéralité de principes, ni généreuses impulsions, ni sentiment de confraternité; une seule préoccupation absorbe toutes les autres, l'individualisme, préoccupation misérable et mesquine, qui flétrit tout en médecine, art, science, esprit de corps, qui nous disperse et nous isole, qui a rompu aussi bien tout lien de doctrine que tout lien de confraternité, qui nous laisse sans moyens de réaction contre l'indifférence de la so-

ciété, et sans défense contre le charlatanisme de jour en jour plus audacieux.

Il serait bien temps, ce nous semble, que les médecins qui occupent de hautes positions voulussent un peu s'inquiéter des intérêts de notre profession. C'est une chose pénible à dire, les médecins de Paris n'ont dans l'année qu'une seule occasion de se réunir, de fraterniser ensemble, c'est la réunion annuelle de la Société de Prévoyance, présidée par M. Orfila. Eh bien, cette année, comme les précédentes, sur quatre cent cinquante membres environ dont se compose l'association, cent cinquante, deux cents au plus, ont répondu à la convocation; et cette année comme toujours, quoique les noms des médecins les plus éminents de Paris figurent sur la liste de l'association, nous n'avons vu dans l'assemblée que deux ou trois d'entre eux. Cette indifférence est plus que coupable. C'est dans de pareilles réunions que nous devrions trouver ceux que nous aimons à appeler nos anciens et nos maîtres; ils devraient y faire entendre leur parole, ils devraient agrandir le but de l'association, et réclamer hautement, pour eux et pour nous, le redressement de nos griefs et la présentation, enfin, de cette loi qui doit modifier nos institutions? En prenant l'initiative pour toutes les questions qui intéressent la dignité, la légalité de l'exercice de la médecine, l'association serait assurément appuyée par les pétitions de tous les médecins de chaque département. Il est un grand principe d'ordre et de conduite, c'est de savoir faire ses affaires soi-même. Que les médecins s'en souviennent un peu plus, qu'ils se voient, qu'ils s'assemblent, qu'ils se réunissent, qu'ils mettent en commun leurs lumières et leurs bonnes intentions, et ils obtiendront plus sûrement ce qu'ils désirent, qu'en gémissant en silence et en vivant isolément.

Pétition pour obtenir une modification dans la législation relative aux officiers de santé. — L'association des médecins de Paris, présidée par M. Orfila, vient d'adresser à M. le ministre de l'instruction publique la pétition suivante, portant la signature de tous ses membres et de beaucoup d'autres médecins :

« Depuis longtemps le besoin d'une réforme dans la législation de la médecine se fait sentir. Les membres du corps médical de tout le royaume ont exprimé plus d'une fois leur vœu à ce sujet, soit individuellement, soit collectivement. L'Académie royale, les facultés et les écoles secondaires de médecine, l'association des médecins de Paris (en 1834), ont présenté successivement des projets d'organisation, et dans tous ses projets, la mesure réclamée comme la plus nécessaire était l'abolition des officiers de santé.

« Considérant d'ailleurs 1° que les mêmes circonstances qui se sont déjà opposées à la réalisation du vœu général peuvent se reproduire et faire ajourner indéfiniment une loi destinée à protéger la santé et la vie des citoyens ; 2° qu'en attendant une réorganisation complète, il est possible et il est urgent de remédier à l'abus le plus unanimement reconnu ;

« Convaincue d'ailleurs qu'elle ne fait que seconder en cela les intentions de l'autorité.

« L'association des médecins de Paris a l'honneur, monsieur le ministre, de vous soumettre les réflexions suivantes :

« Les conditions d'études exigées des aspirants au grade d'officier de santé deviennent illusoires, par la facilité qu'ont ceux-ci de se procurer des certificats de complaisance.

« Les jurys médicaux, chargés des réceptions, sont loin de présenter des garanties suffisantes.

« Enfin, l'ordre des officiers de santé n'a été créé et n'est encore maintenu que pour le service des petites localités où l'on craint qu'aucun docteur ne veuille aller s'établir. C'est donc un non sens, c'est aller contre l'esprit de la loi que de leur permettre de résider dans les grands centres de populations, où les docteurs abondent, et de déserter les petites localités.

« En conséquence, nous demandons :

« 1° Que les officiers de santé qui seront reçus à l'avenir ne soient autorisés à se fixer que dans les communes au-dessous de deux mille âmes, comprises dans la circonscription de la faculté ou de l'école secondaire qui leur aura accordé leur grade.

« 2° Que les facultés et les écoles secondaires de médecine soient seules dorénavant chargées des réceptions.

« 3° Que les aspirants au titre d'officier de santé soient tenus de faire preuve de quatre années d'études dans une faculté ou une école secondaire de médecine, avant d'être admis à subir leurs examens.

« Ces trois articles remplaceraient les art. 15 et 16 du titre III de la loi du 19 ventôse an XI, et la première phrase de l'article 29 du titre IV de la même loi.

« Les réformes peu nombreuses qui font l'objet de la présente pétition ont pour but, monsieur le ministre, de substituer des épreuves sérieuses à des formalités trop souvent illusoires, et d'obtenir de cette classe de médecins, à qui sont confiées plus spécialement la santé et la vie des habitants des campagnes, des garanties réelles d'instruction et d'habileté pratique. C'est un premier pas fait dans une voie d'amélioration et de progrès, où il est bien à désirer que l'autorité administrative puisse un jour s'engager plus complétement. »

Prix décernés par les annales d'oculistique. — M. le docteur Cunier, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, à Bruxelles, suivant l'exemple que nous lui avons donné, a institué des prix d'oculistique. La rédaction de ce journal avait mis au concours pour 1840 la question suivante : *Qu'est-ce que le glaucôme? avec quelles maladies peut-il être confondu? Insister sur son diagnostic différentiel; faire connaître son traitement.* Trois mémoires lui sont parvenus et

ont été renvoyés à l'examen d'une commission. Le nº 1 a été retiré par son auteur; le nº 3 portait la signature de l'auteur. Le prix consistant en une médaille d'or de la valeur de 150 francs et la collection des *Annales d'oculistique* a été donné au mémoire nº 2 : l'auteur est M. Gustave Henry Warnatz, docteur en médecine à Dresde.

Les *Annales d'oculistique* mettent au concours pour 1841 42 la question suivante : *Déterminer par des recherches d'anatomie pathologique le siége et la nature de la cataracte; s'attacher surtout à l'examen critique de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne*. Les mémoires écrits lisiblement en français, latin, hollandais ou allemand doivent être remis franc de port, avant le 1er août 1842, chez M. le docteur Cunier, 13, Montagne-Sainte-Geneviève, à Bruxelles; ils doivent être accompagnés d'un billet cacheté renfermant le nom des auteurs. Les collaborateurs et médecins de Bruxelles sont exclus du concours.

— Le 30 décembre a eu lieu, à l'administration des hôpitaux, la séance solennelle pour la distribution des prix à MM. les internes et externes des hôpitaux. Première division. Médaille d'or : M. Legendre, interne de l'hôpital des Enfants. — Médaille d'argent : M. Aran, interne de l'Hôtel-Dieu. — Mention : M. Morel, interne de l'hôpital de la Pitié. — Deuxième division. Médaille d'argent : M. Tavignot, interne à l'hôpital des Enfants. — Mention : M. Aubry, interne de l'hôpital du Midi. — Prix des externes : M. Milsent.

— Par ordonnance royale, en date du 4 janvier 1842, rendue sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, la ville de Bourg (Ain), où Bichat avait fait ses premières études, a été autorisée à élever un monument à la gloire de ce célèbre médecin.

— Le concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie dans les hôpitaux de Paris, s'ouvrira le 14 février. Le registre d'inscription sera ouvert le 24 janvier et clos le 1er février.

— Un emploi de médecin, professeur de pathologie médicale, est vacant à l'hôpital de Strasbourg par suite de la promotion du titulaire M. Faure, au grade de principal.

— Par décision de M. le ministre de l'instruction publique, M. Félix Boudet, pharmacien et docteur ès-sciences, a été nommé agrégé à l'école de pharmacie de Paris.

NOUVEAU CONCOURS POUR 1843.

Il est ouvert, par le *Bulletin de Thérapeutique*, un nouveau concours pour 1843 en faveur des deux meilleurs mémoires de thérapeutique médicale et de thérapeutique chirurgicale, qui nous seront adressés par les praticiens des départements.

Les prix consisteront, 1° en une médaille d'or de la valeur de 150 fr. et une collection richement reliée du Bulletin de thérapeutique (*vingt-cinq volumes*); 2° en une médaille d'argent et une collection du même journal.

Les médecins de Paris et les collaborateurs sont exclus du concours.

Le terme pour la remise des mémoires sera plus tard désigné.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA THÉRAPEUTIQUE DES EMPOISONNEMENTS EN GÉNÉRAL.

Une des circonstances qui, de la part du médecin, nécessitent le plus de connaissances positives, de pénétration et de rapidité dans l'exécution, est sans contredit la thérapeutique des empoisonnements. Ici, le praticien doit se présenter, pour ainsi dire, armé de toutes pièces; car, le plus souvent, il est essentiel d'agir avec promptitude, sous peine de charger sa conscience du poids d'un homicide. Le médecin légiste, lui, en face d'une question d'empoisonnement, peut consulter ses livres, requérir des lumières étrangères, mûrir et peser ses déterminations; le praticien doit agir à l'instant sous l'inspiration de sa science acquise, la célérité, nous le répétons, étant la première condition du succès.

Voilà ce que disent les classiques, et cela est vrai en thèse générale; mais, il faut bien le dire, quelque fondés en raison que soient ces principes, la thérapeutique des intoxications est présentée presque partout, dans les livres, de manière à effaroucher l'esprit des jeunes praticiens et à leur offrir cette partie de l'art comme environnée de difficultés toutes spéciales, et qui n'existent, en réalité, qu'à l'égard d'un seul point, la science des antidotes, science qui, nous le disons par anticipation, n'est pas la plus essentielle ou du moins la plus immédiatement applicable, la plus utile dans la majorité des cas qui s'offrent à l'observation. A voir les tables des poisons, flanqués de leurs correctifs, que les chimistes ont dressées avec tant d'art et de prétentions, on pourrait croire, et on croit au premier abord, que sur la notion des réactifs repose exclusivement l'art de traiter les accidents toxiques; et pourtant il est manifeste que l'application de l'antidote est presque toujours secondaire et presque toujours, aussi, impuissante, illusoire et d'une inutilité complète, eu égard aux circonstances où les secours du praticien sont réclamés. Quelques explications vont éclaircir ce paradoxe apparent.

Les empoisonnements les plus fréquents sont ceux qui résultent de l'ingestion des matières toxiques dans les voies digestives. Or, ce genre d'intoxication offre d'abord à considérer diverses périodes dont la distinction est essentielle à la juste appréciation des moyens à mettre en usage.

Ces périodes sont : 1° l'ingestion dans l'estomac; 2° le passage dans le reste du canal digestif; 3° l'absorption ou le transport dans l'inti-

mité des tissus ; 4° l'action locale ou topique exercée par la substance vénéneuse. Il est essentiel de remarquer maintenant que de ces diverses phases, la première seule est nécessaire et constante, que la seconde peut manquer, que la troisième est particulière à certains genres de poisons, que la quatrième peut s'offrir sans la précédente ou concurremment avec elle. Ceci bien établi, procédons à l'exposé des moyens à mettre successivement en usage, selon ces périodes, considérées isolément ou combinées entre elles.

Parmi tous les préceptes qui régissent le traitement des intoxications par les voies digestives, il en est un qui domine tous les autres et qui, dans beaucoup de cas, peut les suppléer tous en rendant leur application superflue. Ce précepte est l'évacuation immédiate du poison par les voies supérieures. Expulser les matières ingérées, telle est donc l'indication première, universelle. Mais pour la remplir avec fruit, une condition est indispensable, c'est d'arriver à temps, c'est d'y procéder alors que le poison en nature est encore, en tout ou en partie, contenu dans l'estomac ; avant que l'absorption s'en soit opérée, s'il s'agit d'un poison septique ; avant que la désorganisation des tissus ne soit effectuée, s'il s'agit d'un poison corrosif ; et même alors qu'un temps précieux s'est écoulé, la prudence et la raison commandent encore de tenter l'évacuation du résidu des matières que l'estomac peut contenir.

Pour arriver à ce but, plusieurs moyens peuvent être mis en usage : le premier de tous consiste à provoquer le vomissement. Le plus prompt et le plus simple des vomitifs, celui que, dans tous les cas et avant tout, il convient de mettre en usage, est la titillation de l'arrière-gorge, d'abord avec le doigt, puis avec les barbes d'une plume, etc. En cas d'insuccès ou même de réussite, le second procédé consiste à gorger le malade d'eau tiède et à titiller la gorge de nouveau. Ce procédé a le double avantage de faire vomir et de délayer le poison, d'en atténuer l'action.

Ce qui précède est applicable à tous les cas, même à la simple suspicion d'empoisonnement, alors que dans l'ignorance de la nature et de la cause des accidents observés, on suppose à leur physionomie qu'il peut y avoir intoxication. J'ai publié, dans le tome X *des Transactions médicales,* un cas d'empoisonnement par une forte dose d'opium, où, ne pouvant soupçonner la cause réelle des accidents, une heureuse inspiration me fit provoquer le vomissement qui sauva le malade d'une mort presque certaine, et me révéla en même temps la cause de son mal ; car, tel est un autre avantage du vomissement, qu'il met pour ainsi dire à nu le corps du délit.

Lorsque les moyens précédents sont impuissants ou inapplicables,

soit à cause de l'insensibilité du sujet, soit par impossibilité d'ingérer les liquides ou d'obtenir l'expulsion de ceux-ci, on peut introduire la sonde œsophagienne, et s'en servir pour remplir l'estomac ou pour le vider en aspirant le liquide au moyen d'une seringue vide, ou enfin pour le nettoyer, le balayer en quelque sorte, en le remplissant et le vidant alternativement. Les vomitifs spécifiques (tartre stibié, ipéca, sulfate de zinc, etc.), peuvent trouver d'utiles applications; mais la nature spéciale de la substance vénéneuse peut rendre leur action inefficace ou même dangereuse. Supposez, par exemple, l'estomac stupéfié par un poison narcotique, l'émétique pourra rester sans effet ou même ajouter son action délétère à celle du poison. Dans certains cas, on a conseillé de transfuser le vomitif en solution par l'ouverture d'une veine, opération très-grave par elle-même, très-rarement nécessitée, et, par conséquent, très-peu mise en usage.

Tant qu'on peut supposer qu'il existe une parcelle de poison dans l'estomac, les moyens précédents sont les seuls rationnellement applicables. A quoi bon, en effet, chercher à neutraliser par des moyens lents, parfois dangereux et presque toujours incertains, des substances qu'il est bien plus naturel et beaucoup plus sûr d'expulser, si la chose est possible? On a bien parlé de certains poisons pulvérulents, qui, comme l'arsenic, adhèrent fortement à la muqueuse, et qu'il faut neutraliser sur place, mais ces quelques parcelles adhérentes et susceptibles de résister au vomitif, sont trop faibles, nous le croyons, pour être, en fait, bien dangereuses. Nous verrons, d'ailleurs, qu'il est possible d'associer les antidotes aux vomitifs.

Lorsqu'on a lieu de supposer que tout le poison ayant franchi l'estomac est passé dans l'intestin grêle, on a conseillé d'administrer des purgatifs, par haut et par bas, pour en hâter la marche et l'élimination; mais déjà ce moyen est précaire et souvent inefficace, car le trajet est si long, et l'action des purgatifs est si lente, que le succès du moyen demeure au moins problématique. Peu applicable aux poisons septiques et corrosifs, il convient presque uniquement aux agents mécaniques, lesquels sortent de la classe des poisons proprement dits. Donc, sans bannir complétement les purgatifs, nous pensons qu'ils méritent peu de confiance.

On voit déjà, par ce qui précède, que tout médecin, même parfaitement étranger aux notions de chimie, est appelé à rendre d'éminents services dans tous les cas d'empoisonnement, à l'aide des simples notions de la médecine la plus élémentaire; c'est au point que les moyens précédents n'étant plus applicables, l'utilité des antidotes eux-mêmes devient singulièrement sujette à contestation. En effet :

Le poison est encore dans l'estomac, ou il a franchi cet organe; s'il est dans l'estomac, l'indication rationnelle est de l'expulser, plutôt que de perdre un temps irréparable à le décomposer; s'il n'est plus dans l'estomac, ou il est dans le tube digestif, ou bien il est absorbé, ou bien les tissus sont désorganisés. Dans tous les cas, le mal est à peu près consommé, souvent irrémédiable, même par les antidotes, qui n'ont plus guère alors de chances de succès. Il est difficile, en effet, de se figurer l'antidote courant après le poison, soit dans les circonvolutions intestinales, soit dans les voies plus étroites et plus multipliées de l'absorption et de la circulation; poison qui a de l'avance sur son ennemi et qui doit arriver avant lui pour impressionner les organes. S'il y a désorganisation, il n'y a plus d'antidote possible. Aussi, sans attenter au mérite des savants qui ont accompli tant et de si louables travaux sur la matière, m'est-il impossible de croire à la grande efficacité des antidotes administrés longtemps après l'ingestion du poison, à ces cas d'intoxication arsenicale guéris par le tritoxyde de fer hydraté ingéré même quelques heures après le poison.

Néanmoins, dans ces cas graves, qu'on ne doit jamais *à priori* supposer désespérés, l'action possible des antidotes étant un principe rationnel, à toute force, il est bon, il est indispensable même de les connaître et de savoir les appliquer, mais sans préjudice des autres moyens indiqués par la science médicale ou concurremment avec ceux-ci.

Ne serait-il pas convenable, en effet, d'employer, par exemple, comme vomitifs, des liquides servant de véhicule aux antidotes réclamés par la substance vénéneuse connue? soit le lait, l'eau albumineuse, ferrugineuse, magnésienne, la décoction de quinquina, l'infusion de café, l'eau chlorurée, etc., selon qu'il s'agit d'empoisonnements par des composés de cuivre, de mercure, d'arsenic, par des acides minéraux, l'émétique, l'opium, l'acide hydrocyanique, etc. Si l'évacuation n'avait pas lieu, la décomposition plus ou moins complète pourrait s'effectuer; dans tous les cas, l'une servirait d'adjuvant à l'autre. Telle serait, nous le croyons, l'application la plus utile qu'on pourrait faire des antidotes. Nous livrons d'ailleurs avec humilité, cet aperçu qui n'est pas nouveau, à l'appréciation des chimistes et des praticiens qui voudront bien y reconnaître le sincère désir de satisfaire toutes les prétentions, sans sacrifier pourtant nos convictions personnelles.

On vient de voir combien sont restreintes et douteuses dans leur action les applications des antidotes, en tant que moyens uniques et isolés. C'est qu'en effet, après l'expulsion du poison, il ne reste plus guère à remplir qu'une indication, laquelle relève de la médecine pure et simple; c'est de combattre les effets physiologiques, organiques de

l'agent vénéneux. Cela est plus sûr que de perdre encore son temps uniquement à lâcher des réactifs à la poursuite du poison dans l'intimité des tissus. Que si l'on veut et peut faire les deux choses à la fois, à la bonne heure.

Les vifs débats qui, dans ces derniers temps, ont surgi relativement à la nature et au traitement de certains accidents toxiques, ont apporté d'utiles lumières, sans doute, mais sans beaucoup avancer la thérapeutique. Ainsi, les travaux de MM. Orfila, Couërbe, etc., ont expérimentalement démontré ce que l'induction physiologique et certaines analyses de produits excrétés avaient fait implicitement supposer, à savoir, que certains poisons passaient en nature dans les tissus. Eh bien! cette notion confirmée, n'a nullement étendu l'empire des antidotes. Ainsi, M. Orfila, convaincu de la présence de l'arsenic dans les parenchymes, ne cherche point à l'y neutraliser, il veut qu'on l'en expulse, et cela, au moyen d'agents purement médicaux, à l'aide des diurétiques. Les boissons abondantes sont probablement alors le meilleur des antidotes.

Mais le poison, quel qu'il soit, pénétrant ainsi dans les organes, y détermine des impressions d'où résultent les symptômes toxiques proprement dits. Or, comment prescrit-on de combattre ces symptômes? par des antidotes? non; mais bien par des agents médicaux appropriés à la nature des accidents. Que les effets toxiques de l'arsenic, par exemple, soient sthéniques ou hyposthéniques, peu nous importe ici; ce qu'il nous suffit de constater, c'est que les moyens à leur opposer, soit l'alcool, soit la saignée, sont du domaine de la simple médecine. Ce sont des idées médicales qui président à l'indication, quelle qu'elle soit, et les antidotes n'y sont pour rien. Lorsque vous administrez le café contre les effets narcotiques de l'opium, est-ce un antidote que vous mettez en usage? non; c'est tout simplement un agent stimulant dont l'action est opposée à celle de l'agent stupéfiant qu'il s'agit de combattre.

Et lorsque vous avez affaire à ces poisons, dits irritants, âcres, corrosifs, caustiques, dont l'action s'épuise en quelque sorte sur les surfaces d'application, c'est alors surtout que l'indication devient franchement médicale. Alors que vous avez expulsé l'acide minéral, par exemple, ou lorsque vous avez cherché à le neutraliser sur place, que vous reste-t-il à faire? rien qu'à combattre la phlogose primitive ou secondaire. Cela est si vrai que, depuis les travaux de Tartra, surtout, l'empoisonnement par les acides minéraux est considéré comme le type d'une affection essentiellement médicale, la gastrite aiguë.

Vous voyez donc que, quel que soit le point de vue sous lequel vous

envisagiez l'empoisonnement par déglutition, quelle que soit même la période de cet empoisonnement, celui-ci rentre principalement, sinon exclusivement, dans le domaine de la médecine et non de la chimie; à tel point qu'à la rigueur, le malade, dans la plupart des cas, courrait très-peu de risques à ce que le médecin, s'il est homme habile d'ailleurs, ignorât même la nature du poison ingéré. Il suffit, en effet, le plus souvent, au praticien de savoir qu'il y a empoisonnement pour remplir les indications fondamentales, soit primitives, soit secondaires. Ces indications se réduisent effectivement à celles-ci :

1° Provoquer l'expulsion du poison, quel qu'il soit, tant qu'on peut supposer qu'il en reste une parcelle dans les voies digestives; 2° combattre médicalement les effets secondaires ou résultant, soit de l'absorption, soit de l'action locale exercée sur les tissus par l'agent vénéneux.

Entre ces deux indications capitales, les antidotes trouvent à peine à se placer, comme moyens précaires et souvent illusoires, si ce n'est dans les cas où force nous est de chercher à neutraliser le poison dans l'estomac, dont il ne nous est pas possible de l'expulser. Ce dernier cas, d'ailleurs si rare, est en effet le seul où ils deviennent indispensables; et alors, quelle triste ressource n'offrent-ils pas au praticien, pour peu que la dose du poison soit mortelle! Je crois fort, pour ma part, que c'est à la nature à peu près seule qu'il convient d'attribuer les guérisons rapportées complaisamment aux antidotes administrés une heure ou plus après l'intoxication, tant est rapide l'action des poisons de quelque énergie, soit qu'ils agissent par absorption, soit qu'ils opèront au simple contact.

Ces préceptes, applicables aux empoisonnements par ingestion de substances solides ou liquides, subissent quelques modifications lorsqu'il s'agit de poisons gazeux. Ici, l'agent toxique ne pouvant être éliminé de vive force, il est certain que ce qu'on a de mieux à faire, d'abord, est de chercher à le neutraliser par d'autres agents vaporeux ou gazeux. Or, dans ces cas-là même, les antidotes sont souvent inconnus ou impuissants, ou même dangereux; dans beaucoup de cas, l'antidote par excellence est un agent essentiellement hygiénique et médical : l'air atmosphérique et pur; enfin, quand l'absorption des gaz délétères est effectuée, c'est-à-dire, pour peu qu'on arrive quelques instants après leur intussusception, les antidotes arrivent trop tard, ils ont perdu leur empire et la médecine reprend le sien. Ce n'est donc qu'au moment même de l'accident que le chimiste est nécessaire, lorsque, toutefois, il possède des armes efficaces, et bientôt, c'est le médecin seul dont l'intervention est de quelque secours.

Médecins, veuillez donc prendre confiance et courage en face de ces déplorables catastrophes occasionnées par l'action des agents vénéneux ; ne vous laissez point éblouir par les prétentions, légitimes sans doute, mais souvent exagérées de la chimie, en tant qu'il s'agit, non pas de constater un crime, mais de porter secours à vos semblables. Comme praticiens, et en l'absence de notions chimiques précises, vous pouvez encore rendre d'immenses services à l'humanité.

A Dieu ne plaise, pourtant, que nous voulions vous détourner des études chimiques et diminuer à vos yeux l'importance d'une science sur laquelle, nous ne craignons pas de le dire, repose en grande partie l'avenir de la médecine théorique et pratique. Ce que nous voulons, c'est vous communiquer quelque confiance en vous-même et quelque assurance en face d'un danger qui parfois fait perdre la tête aux plus habiles ; c'est réduire certaines exagérations, certains préjugés classiques à des proportions rationnelles et légitimes ; c'est enfin vous montrer ce qu'il y a de positif dans une partie de l'art que se disputent deux sciences qui peuvent marcher de front sans s'absorber mutuellement.

FORGET,
professeur à la faculté de médecine de Strasbourg.

DE LA TRACHÉOTOMIE CONSIDÉRÉE D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE DANS LE CAS DE CROUP [1].

Indications de l'opération.

Un médecin étant appelé auprès d'un enfant atteint du croup, trois cas peuvent se présenter relativement au traitement qu'il devra employer. 1° Le croup commence à se développer : la maladie est à son premier degré.

Dans un tel cas, le diagnostic ne peut jamais être précisé d'une manière assez certaine pour qu'on puisse se risquer à employer l'opération de la trachéotomie ; cependant, tel n'est pas l'avis de plusieurs médecins, qui voudraient qu'on y eût recours dès que la maladie est reconnue. Selon moi, à l'hôpital des Enfants surtout, on ne doit pas employer la trachéotomie à cause des accidents qui environnent cette opération ou qui peuvent la suivre. Je crois que pris dans sa première période, le croup peut guérir spécialement par l'emploi des émétiques répétés ; j'en ai recueilli un exemple remarquable dans le service de M. Guersant. L'enfant qui en fut le sujet était atteint de croup avec fausses membranes bronchiques ; le diagnostic était évident,

[1] Voir la livraison précédente.

et le petit malade en expectora plusieurs fragments. L'émétique fut employé plusieurs jours de suite à la dose de 10 centigram. par jour; il guérit. Deux mois et demi ensuite, il succomba aux progrès d'une tuberculisation miliaire aiguë du poumon.

2° Le croup est dans la seconde période; la maladie est bien développée et le diagnostic est certain.

On doit distinguer deux cas : l'enfant est conservé chez ses parents, ou bien il est à l'hôpital, ou dans un établissement public.

1° *L'enfant est chez ses parents.*— Si la famille est aisée ou riche, si le jeune sujet enfin peut être soigné sans qu'on néglige rien, et qu'un homme de l'art soit auprès de lui continuellement les premiers jours qui suivent l'opération, je pense qu'on pourra espérer quelques succès de la trachéotomie; mais je ne me prononce pas à cet égard, ne possédant moi-même aucun fait qui puisse me le permettre. Je crois toutefois qu'on pourra se guider et appliquer à cette classe de la société tout ce que M. le professeur Trousseau a dit de la trachéotomie en général.

2° Si la famille est malheureuse, les conditions hygiéniques défavorables rendent les chances absolument les mêmes que celles de l'hôpital.

3° *L'enfant est dans un hôpital.* — Je crois qu'on doit repousser complétement l'opération de la trachéotomie. — En effet, depuis dix ans, on n'a sauvé qu'un seul cas de croup sur plus de cent opérations qui ont été pratiquées. Encore ce cas est très-douteux, et M. Guersant pense qu'il n'avait pas existé de fausses membranes dans les voies respiratoires. On doit observer de plus que ce jeune enfant fut placé dans une chambre particulière et veillé continuellement par un des externes qui lui donna des soins presque paternels; c'est à eux seulement qu'il dut son salut. Les nombreux accidents qui suivent cette opération sont les raisons qui s'opposent à ce qu'on ait recours dans de tels cas à la trachéotomie. C'est encore à l'emploi des émétiques répétés qu'il faut s'adresser, ou bien essayer d'autres moyens thérapeutiques. J'ai vu employer le calomel, qui, soit qu'il ait déterminé des selles, soit qu'il n'ait pas produit cet effet, ne m'a semblé exercer aucune action pour guérir le croup. On sait que M. Bricheteau pensait que dans le croup le calomel exerçait une espèce d'action spécifique dans la curation de cette maladie, et que surtout cette action était évidente lorsqu'il ne détermine pas de selles.

— Mais quand le croup est à sa dernière période, l'asphyxie et la mort sont imminentes.

Ici je n'établis plus de distinction entre les enfants des classes fortunées ou pauvres; je crois que dans tous ces cas la mort est certaine

et qu'elle arrivera même dans un temps très-proche. En conséquence, malgré les cas d'insuccès si nombreux et si multipliés, je pense qu'il faut pratiquer la trachéotomie ; il y a eu quelques succès, rares et très-peu nombreux en ville, mais n'y en eût-il eu qu'un seul, il doit engager, en présence d'une mort inévitable, à tenter ce dernier moyen. On devra toutefois entourer l'enfant des soins les plus assidus, et dans un hôpital, placer le jeune sujet dans une chambre isolée, bien aérée, et de plus faire veiller l'enfant par un élève. Avec ces précautions, peut-être le nombre des succès se multipliera-t-il.

Circonstances qui peuvent modifier les indications que nous venons d'examiner. Maintenant passons en revue quelques circonstances qui pourront modifier les indications que nous avons établies d'une manière générale, et changer les chances de succès et d'insuccès.

1° L'existence d'une angine pharyngée pseudo-membraneuse n'est point une contre-indication, et c'est une maladie qui coïncide très-souvent avec le croup. Si cette angine se compliquait de gangrène, ce qui est possible et ce que j'ai vu, il y aurait, je crois, complète inutilité de pratiquer la trachéotomie, attendu qu'on devrait craindre la gangrène des bords de la plaie, et la production de l'altération du sang qui arrive souvent à une certaine période des affections gangréneuses.

2° Le gonflement des ganglions du col dépendant de la complication d'angine pseudo-membraneuse ne constituera pas une complication s'il est modéré. Si, au contraire, il est considérable, si ces ganglions arrivent à la suppuration, l'opération serait complétement inutile.

3° L'existence de fausses membranes dans les bronches. — Le diagnostic d'abord n'est pas toujours facile. Le signe donné par M. Barth comme pouvant les annoncer, et qui consiste dans une espèce de tremblottement dû à l'agitation de la fausse membrane par l'air, manque très-souvent et ne se montre que dans la plus faible proportion des cas. J'ai vu ces fausses membranes tantôt déterminer une inspiration rude, du râle ronflant, du râle sibilant, quelquefois même ces trois râles mélangés. L'existence d'une bronchite capillaire coïncide souvent avec ces fausses membranes ; elle s'annonce ordinairement par du râle sous-crépitant. Dans l'incertitude du diagnostic, on ne peut établir qu'elles constituent une contre-indication. Du reste, si ces fausses membranes n'existent que dans les grosses bronches ou les moyennes, et si elles ne sont pas adhérentes, elles peuvent très-bien être expulsées par l'ouverture faite à la trachée, et cela soit d'une manière spontanée, soit favorisé par l'égouvillonnement ; j'en ai vu moi-même plusieurs exemples.

4° Un état général caractérisé par une vive réaction, une fièvre intense est en général un signe fâcheux, parce qu'il est à craindre que cet état persiste après l'opération et ne contribue à déterminer la mort du jeune malade. Si on se décide à faire l'opération, il faut dans ce cas pratiquer, avant ou après, une petite saignée générale, proportionnée à l'âge et à la force du sujet. Son jeune âge ne doit pas empêcher cette saignée générale, et j'en ai pratiqué une chez un des neuf sujets; il avait trois ans, et cette saignée lui procura un grand soulagement.

5° Un état général dû à l'altération du sang.

Les affections pseudo-membraneuses ont cela de commun avec les maladies gangréneuses, quoiqu'à un bien moindre degré, qu'à une certaine époque de leur existence elles déterminent une modification du sang qui consiste dans sa liquéfaction, c'est-à-dire probablement sa défibrination. Cet état bien évident, et que l'on peut surtout étudier lorsqu'on voit des angines pseudo-membraneuses arriver à une période extrême et causer la mort, peut quelquefois se produire dans les cas de croup, soit simples, soit compliqués d'angine pseudo-membraneuse. Lorsque cet état général existe, il est en général fâcheux pour le pronostic de l'opération, et il est probable qu'il contribuera à des suites fâcheuses. Si, malgré cela, on se décidait à la pratiquer, il faudrait employer simultanément les toniques.

6° L'existence d'une pneumonie n'est point une contre-indication formelle; on la voit plutôt se montrer après la trachéotomie qu'avant. Si elle existait avant, il faut la surveiller, et s'il y a une forte réaction, une fièvre intense, la combattre par une petite saignée générale.

7° La disposition aux convulsions, et même leur développement n'est point non plus une contre-indication complète, car on les a vues cesser après la trachéotomie. Quant au délire j'ai cité plus haut un cas dans lequel il a cédé pendant quelque temps après l'opération pour revenir plus tard.

Voilà quelles sont les circonstances générales ou particulières qui peuvent guider le praticien dans les indications de l'opération de la trachéotomie. Supposons, maintenant, qu'on se soit décidé à faire cette opération, et voyons quels sont les accidents qu'on peut avoir à redouter ensuite. Il ne sera nullement question ici du mode opératoire, ni des accidents qui sont propres à tel ou tel procédé. Je dirai seulement qu'il est préférable de pratiquer la laryngo-trachéotomie, qui consiste, après l'incision de la peau et la mise à nu des cartilages, dans une incision partant du bord inférieur, antérieur et médian du cartilage thyroïde, et comprenant la membrane crico-thyroïdienne, le

cartilage cricoïde et les deux ou trois premiers anneaux de la trachée artère.

Accidents qui peuvent suivre l'opération, soit immédiatement, soit consécutivement. — Les accidents peuvent être immédiats ; ce sont :

1° *La mort pendant l'opération ;* elle peut être due au degré avancé auquel est parvenue la maladie à l'instant où on opère ; la gêne que cause à l'enfant la position qu'on lui donne, le décubitus dorsal, la fixité qu'on essaie de donner au larynx pour opérer avec plus de sécurité, peuvent augmenter tellement la dyspnée, que l'asphyxie, qui existait déjà avant l'opération, peut continuer et le jeune malade succomber pendant qu'on la pratique.

La mort peut encore arriver par suite de l'introduction dans la trachée artère d'une certaine quantité de sang provenant des veines ouvertes pendant l'opération. Si cette quantité est peu considérable, l'enfant s'en débarrasse par des efforts de toux ; dans le cas contraire, elle peut, soit augmenter la dyspnée, soit même causer la mort par asphyxie : disons toutefois qu'un tel cas est rare. Ce serait ici le cas de ne pas craindre d'aspirer, avec une sonde, par exemple, le sang existant dans la trachée.

Les accidents peuvent être consécutifs ; ceux qu'on observe sont les suivants :

2° Le déplacement de la canule pendant qu'il n'y a pas d'homme de l'art auprès du jeune malade. M. Trousseau dit avoir vu ce déplacement causer la mort dans plusieurs cas.

3° L'engorgement de la canule par des mucosités qui s'y dessèchent et bouchent complétement le passage. Voilà encore une cause d'asphyxie qui peut déterminer la mort, si on n'enlève rapidement l'obstacle.

4° La persistance de la maladie au-dessous du point où l'opération de la trachéotomie a été faite. Si les fausses membranes existent dans la trachée, on peut bien la faire disparaître par l'égouvillonnement ; mais il est des cas où elles se reproduisent pendant un temps assez long. Lorsqu'elles existent dans les bronches, la maladie est très-grave par elle-même, et il est presque certain qu'elle déterminera la mort, soit par asphyxie et engorgement des bronches, soit par l'extension de la maladie au tissu pulmonaire et le développement d'une pneumonie lobulaire. Les signes qui annoncent une bronchite pseudo-membraneuse sont quelquefois assez obscurs. La dyspnée et l'expectoration de fragments pseudo-membraneux que leur volume et leur forme démontrent s'être formées dans les bronches, sont deux symptômes qu'on observe. Les phénomènes d'auscultation ne conduisent pas toujours à

des conséquences semblables. Il est des cas où on perçoit la faiblesse du bruit respiratoire, sans matité à la percussion; dans d'autres cas, c'est du râle ronflant et sibilant, mêlé de râle muqueux ou sous-crépitant. Ce dernier s'entend spécialement lorsqu'il existe dans les extrémités bronchiques du muco-pus, constituant le premier degré des fausses membranes, et la maladie à laquelle on a donné le nom de bronchite capillaire, bronchite pseudo-membraneuse.

Lorsqu'il existe une bronchite pseudo-membraneuse comme complication, le pronostic de la maladie est fort grave, et on peut presque la déclarer nécessairement mortelle; le seul moyen auquel on doive avoir recours, et qui puisse avoir quelque efficacité, est l'emploi du tartre stibié comme vomitif. C'est à lui que nous engageons les praticiens d'avoir recours.

5° La persistance de l'état spasmodique de la glotte et du larynx.

L'expression dont je me sers ici est un peu ancienne, et il est nécessaire que je m'explique à cet égard. On a remarqué depuis longtemps que dans le croup la fausse membrane n'est pas toujours assez épaisse ni assez complète pour boucher mécaniquement le conduit aérien, et cependant l'asphyxie se produit; c'est qu'en effet la glotte et le larynx présentent un véritable état de spasme qui concourt à la production de la dyspnée très-grande qu'on observe alors. Cet état de spasme est un fait qu'on ne peut nier, puisqu'il y a des cas, et j'en possède un exemple remarquable, de pseudo-croup nerveux qui ont déterminé la mort des enfants par suite d'une gêne croissante de la respiration; et cependant, il n'y avait dans le larynx, la trachée et les bronches aucun obstacle matériel à la libre entrée de l'air. Cet état spasmodique général coïncide quelquefois avec une excitation nerveuse générale et même avec des convulsions; pour calmer ces accidents, on doit avoir recours aux calmants, aux bains généraux, aux potions éthérées; l'emploi de l'opium est aussi très-avantageux.

6° La sécrétion d'une grande quantité de mucosités bronchiques est un des accidents les plus fréquents qu'on observe à la suite de l'opération de la trachéotomie; j'ai déjà dit qu'on pouvait l'attribuer à l'impression inaccoutumée d'un air plus froid sur la trachée. Cette sécrétion ainsi très-abondante peut contribuer à engorger la canule, parce que très-souvent elle s'y dessèche; elle peut causer la mort des enfants par asphyxie; c'est ce qui arrive lorsque les jeunes sujets n'ont plus la force de chasser ces mucosités par des efforts de toux. Cet accident est très-difficile à combattre, et comme je l'ai déjà fait observer, nous n'avons pu nous en débarrasser, dans plusieurs des cas de trachéotomie dont les observations ont servi de base à ce travail,

que par l'emploi des émétiques (tartre stibié) et celui des purgatifs ; ces derniers agissant comme révulsifs puissants, sont les moyens auxquels on doit avoir recours.

Lorsque les petits malades n'ont pas la force d'expulser ces mucosités surabondantes, M. Guersant père a l'habitude de faire instiller par la canule adaptée à la trachée quelques gouttes d'eau pure et froide; je les ai vues très-souvent favoriser la production d'une quinte de toux, à la suite de laquelle une certaine quantité de mucosités était expulsée. Lorsqu'elles se dessèchent dans la canule, on s'oppose quelquefois à cet accident en plaçant au devant et à quelque distance de son ouverture extérieure une éponge que l'on mouille souvent; elle doit être placée de manière à ne pas intercepter le passage de l'air. Cette éponge mouillée a pour effet de ne laisser passer dans la canule qu'un air saturé d'humidité; il en résulte alors que la dessication est beaucoup moins facile, puisque l'air n'a pas besoin d'enlever une certaine quantité de l'eau de ces mucosités pour se saturer.

7° La persistance d'un état fébrile sans complication de bronchite ni de pneumonie.

Cet accident s'observe quelquefois, mais il est difficile dans ce cas d'affirmer positivement qu'il n'existe pas quelque pneumonie lobulaire ou centrale. Cette fièvre persistante s'accompagne en général d'une augmentation de la quantité de fibrine du sang, comme le prouve l'état couenneux bien caractérisé de ce liquide. Il peut, par sa durée et sa violence, contribuer à la mort des enfants. On s'en rend quelquefois maître, ou au moins on le diminue beaucoup en pratiquant une petite saignée du bras ; la quantité de sang qu'on enlève est proportionnée à l'âge et à la force de l'enfant. Cette complication ne s'observe en général que dans les premiers jours qui suivent l'opération. Lorsque les enfants survivent, c'est une tout autre modification du sang qu'on observe, et qui est la suivante :

8° Altération du sang propre à la dernière période des affections pseudo-membraneuses et gangréneuses.

Les affections pseudo-membraneuses et les maladies gangréneuses qui présentent entre elles quelques points de contact, se ressemblent encore par celui-ci, c'est-à-dire qu'à une certaine période avancée de la maladie, les enfants s'affaiblissent singulièrement, la peau perd sa chaleur; le pouls, bien que fréquent, diminue de force, enfin souvent des hémorragies tendent à se manifester par diverses voies. La cause productrice de ces accidents est dans une modification du sang qui consiste dans sa liquidité. Cet état plus fluide est sans doute la conséquence de la diminution de la quantité de fibrine qu'il doit normale-

ment contenir; le sang provenant des hémorragies, lorsqu'elles se produisent, et l'autopsie viennent démontrer la modification que ce liquide a subi.

Lorsque cet accident, qui est une suite de l'affection pseudo-membraneuse, et nullement de la trachéotomie, vient à être observé, on doit avoir recours aux toniques, au quinquina, au ratanhia, ainsi qu'aux acides citriques, tartriques et à la limonade sulfurique.

9° Bronchite et pneumonie. — Ces deux complications sont certainement celles qui s'observent le plus fréquemment, et le relevé que j'ai donné plus haut vient témoigner de cette fréquence; lorsqu'elles existent, la dyspnée et la fièvre persistent; les phénomènes offerts par l'auscultation et la percussion dans ces maladies développées chez les enfants, permettent encore de préciser le diagnostic; j'en excepte toutefois quelques cas où la pneumonie est lobulaire et centrale; dans de telles circonstances, il n'y a pas toujours des modifications des phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion. Ces complications contribuent certainement souvent à déterminer la mort des enfants; pour les combattre on doit être très-sobre d'émissions sanguines, et après avoir tiré un peu de sang par le bras, on appliquera quelques sangsues sur le thorax ou à l'anus, et on aura recours aux vésicatoires appliqués sur la poitrine.

Telles sont les seules complications dont je parlerai; je signalerai seulement comme pouvant être observées, l'ulcération ou la gangrène des bords de la plaie, et à une époque ultérieure la persistance d'une fistule aérienne. Les auteurs qui ont traité de la trachéotomie ont beaucoup insisté sur ces complications, qui sont réelles et doivent être redoutées; tandis qu'ils ont très-peu parlé des accidents nombreux et rares sur lesquels je me suis étendu. C'est pour cela que je me contente de les indiquer.

Telles sont les considérations que m'ont suggérées les résultats fournis par l'observation des cas de trachéotomie pratiqués à l'hôpital des Enfants; je m'estimerai heureux si elles peuvent être de quelque utilité pour les praticiens.

Alf. Becquerel.

UN MOT SUR LE TRAITEMENT DE L'ICTÈRE SIMPLE.

Malgré les efforts des localisateurs modernes, il n'est pas encore possible, dans l'état actuel de la science, de rattacher toujours l'ictère à une altération évidente, soit de l'appareil biliaire, soit des organes

digestifs avec lesquels cet appareil est en communication. S'il répugne au positivisme actuel d'admettre des lésions fonctionnelles indépendantes de toute lésion organique, on n'en est pas moins forcé de reconnaître, dans un grand nombre de cas, qu'il est impossible de remonter jusqu'à cette lésion anatomique visible et palpable, et qu'elle ne possède, dans ce cas, qu'une valeur d'induction et d'analogie. Les anciens avaient eu tort certainement de considérer l'état ictérique toujours comme essentiel; évidemment ils avaient, on ne peut davantage, embrouillé ce point de pathologie, en admettant jusqu'à vingt-deux espèces et quarante-six variétés d'ictère; mais les modernes ne sont-ils pas tombés dans un excès opposé en envisageant l'ictère et l'hépatite comme deux affections inséparables (Boerhaave, Stoll, école physiologique); en le rattachant toujours à une autre maladie (Pinel), en attribuant toutes les espèces à une affection du foie, soit idiopathique, soit sympathique (Louyer-Villermey). Il ne manque qu'une chose à ces assertions, la preuve scientifique. Rien de moins rare dans la pratique que de rencontrer des cas où l'état ictérique est entièrement réfractaire à toute interprétation rigoureuse de causalité organique et qu'il faut bien ranger dans cette classe d'ictères essentiels dont les anciens avaient si complaisamment multiplié le nombre. A quelle altération organique, par exemple, attribuer l'ictère qui survient subitement après un accès de colère, après l'annonce d'une nouvelle fâcheuse et sous l'influence d'autres causes morales? Les exemples de ces phénomènes sont familiers dans la pratique. On trouve même des cas dans lesquels il est impossible de remonter à une cause, soit interne, soit extérieure, cas, en général, d'une bénignité telle, que les simples précautions de régime suffisent pour dissiper ces légers accidents.

D'ailleurs, il est important de remarquer qu'à Paris au moins il arrive assez fréquemment qu'on rencontre plus d'ictériques que de coutume. Dans une seule semaine, il en est entré trois dans les salles de la clinique à la Charité, vers le commencement de l'hiver, et très-probablement la constitution médicale du moment n'était pas sans influence sur le développement de ces affections. La température était alors, en effet, humide et chaude, si favorable à la production des phénomènes bilieux, que, toutes les fois qu'elle se présente, un praticien célèbre ne manque pas de dire, avec beaucoup d'exagération sans doute : « Il pleut de la bile, il y a de la bile dans l'air. » Toujours est-il que dans ces trois cas il a été impossible de remonter à aucune circonstance de causalité autre que la fatigue résultant du travail et des chagrins éprouvés avant l'invasion de l'ictère. Ces trois exemples présentent une si grande ressemblance, que nous pouvons en donner les traits principaux dans une seule et même analyse.

Trois hommes, âgés l'un de dix-neuf ans, l'autre de vingt-huit, le troisième de trente-neuf ans, sont entrés à la Clinique dans la première semaine de novembre. Le premier est journalier, le second maçon, le troisième charron. Tous les trois étaient bien portants avant l'invasion de l'ictère qui est survenue graduellement, en commençant, comme toujours, par le sclérotique, se répandant sur la peau de la face et ensuite sur tout le corps. C'est alors, et vierges de tout traitement, qu'ils sont entrés à l'hôpital. Ils sont tous les trois sans fièvre; leur appétit a diminué, mais n'est pas perdu; la soif est modérée; tous les trois éprouvent de la constipation, mais à des degrés différents; le troisième plus que le premier, celui-ci plus que le second; leurs selles sont grisâtres et dépourvues de bile; le troisième se plaint de légères coliques, le second d'une douleur légère à l'hypochondre droit, le premier n'éprouve aucun de ces symptômes. La palpation et la pression pratiquées sur la région du foie et sur tout l'abdomen, ne déterminent aucune douleur et n'indiquent rien d'anormal. Le traitement a été à peu près uniforme chez ces trois sujets. Le premier, qui était exempt de toute douleur, a pris en quatre jours deux bouteilles d'eau de Sedlitz, dont on a favorisé l'action par un lavement purgatif. Un peu de diète et de repos ont suffi pour dissiper la jaunisse. Chez les deux autres, en raison des douleurs dont ils se plaignaient, des ventouses scarifiées ont été appliquées sur la région du foie, qui a été recouverte ainsi que l'épigastre de cataplasmes émollients. Des purgatifs et des laxatifs ont été administrés, et pour boisson on leur a prescrit une limonade tartrique. Sous l'influence de cette médication simple, ces trois malades ont vu leur état s'améliorer rapidement, et ils ont pu sortir de l'hôpital, l'un après dix jours, les deux autres après douze.

L'ictère, tel qu'il s'est présenté chez ces trois malades, est sans contredit la forme la plus fréquente qu'on puisse observer. C'est aussi la plus bénigne, et l'on a vu qu'il a suffi d'un traitement bien simple pour dissiper cette suffusion ictérique qui souvent inquiète les malades. Les purgatifs sont dans ces cas les remèdes par excellence. Outre qu'ils ont l'avantage de remédier à un symptôme presque constant de l'ictère, la constipation, ils ont encore une action spéciale et directe sur la sécrétion biliaire, et ils semblent ramener la bile vers les voies intestinales dont elle s'est éloignée. On sait, en effet, que les matières fécales des ictériques sont grisâtres, et qu'elles n'ont pas reçu l'élaboration que leur imprime la bile. Pour notre compte, dans ce cas simple, nous nous bornerons à l'emploi modéré des purgatifs et nous nous abstiendrons de toute émission sanguine que nous croyons sans influence aucune sur la durée de la diffusion ictérique.

Il est vrai que les choses ne se présentent pas toujours d'une manière aussi simple, et lorsque sous l'influence des purgatifs, de la diète et du repos l'ictère se prolonge au-delà de deux ou de trois septénaires, on doit craindre qu'il ne soit lié à une affection organique du foie ou de ses annexes, ou de la portion du tube digestif avec laquelle l'appareil biliaire est en communication. En passant rapidement en revue les cas dans lesquels l'ictère n'est plus qu'un symptôme, on voit qu'il est presque toujours lié à l'inflammation de la face concave du foie; plusieurs auteurs ont fait de l'ictère un signe pathognomonique de cette inflammation pour la distinguer de celle qui peut atteindre la face convexe de cet organe. La cirrhose donne presque constamment lieu à l'ictère; il en est de même des tumeurs encéphaloïdes et des abcès qui peuvent se développer dans le foie. Il est un signe constant de l'affection désignée par Portal sous le nom de pléthore bilieuse. Il est produit par la rupture de la vésicule biliaire, par la diminution de calibre, l'oblitération et l'ossification des voies biliaires, ou même par la simple compression exercée par des tumeurs voisines. La présence de calculs dans les voies biliaires le détermine généralement aussi. Toutes ces causes organiques de l'ictère sont à la vérité d'un diagnostic fort difficile, car le foie peut être gravement et profondément at eit sans qu'aucune réaction symptomatique traduise le désordre. La persistance de l'ictère seule peut faire soupçonner une lésion profonde et faire varier le traitement selon les probabilités que l'on aura données au diagnostic. Malheureusement les affections du foie sont fort obscures dans leur symptomatologie, et leur traitement est par conséquent fort incertain.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de savoir, c'est que dans un grand nombre de circonstances, l'ictère se développe sans qu'il soi possible de remonter à aucune de ses causes organiques, et qu'alors, loin de l'attaquer par des moyens énergiques trop souvent mis en usage par quelques praticiens, les secours thérapeutiques les plus simples pris dans la classe de ceux que nous venons d'indiquer, sont aussi les plus efficaces. L'ictère, dans ces cas simples, ne peut, en effet, être considéré que comme une anomalie, une perversion de la sécrétion biliaire dont les éléments dissociés entrent dans la masse du sang et colorent la peau. C'est ce qui résulte de l'observation directe faite par Tièdemann, qui, dans un cas de jaunisse, a trouvé les vaisseaux lymphatiques du foie, ordinairement vides de bile, chargés de ce liquide, qu'ils transportaient dans le canal thoracique L'analyse chimique faite d'abord par M. Orfila, répétée en dernier lieu par M. Chevreuil, ne laisse aucun doute sur la présence de la matière colorante de la bile

dans le sang des ictériques, et détruit les hypothèses par lesquelles on avait voulu expliquer ce phénomène, telles que le spasme de la peau, la dissociation des éléments du sang, etc., etc.

En présence donc de l'ictère simple, ne donnant lieu qu'à peu ou point de phénomènes de réaction, le praticien doit savoir résister aux craintes vaines des malades; il doit savoir attendre et borner toute sa thérapeutique à quelques purgatifs, à la diète et au repos. Car, pour emprunter l'expression d'un pathologiste moderne « où la médecine expectante peut-elle être mieux recommandée que dans une affection qui n'attaque, à vrai dire, que la couleur de la peau? »

Mais si l'ictère persiste au-delà du terme que nous avons assigné, il faut alors porter son attention sur les désordres profonds dont le foie peut être le siége, et ne pas oublier aussi, comme l'a prouvé M. Andral, que l'inflammation chronique du duodenum détermine souvent la suffusion ictérique qui doit être combattue par des moyens tout à fait opposés à ceux que réclame l'ictère simple.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVELLE DOCTRINE DES ÉTRANGLEMENTS HERNIAIRES,

par M. MALGAIGNE, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Je me propose, dans cet article, d'appeler l'attention des lecteurs du *Bulletin* sur une des plus graves questions de la pratique chirurgicale; il s'agit de l'étranglement dans les hernies, et d'une contre-indication toute nouvelle à l'opération du débridement.

Depuis l'académie royale de chirurgie, on professe généralement en France que l'étranglement se présente sous deux formes principales, savoir : l'étranglement *inflammatoire* et *l'engouement*. On en a donné les signes généraux et les signes caractéristiques; mais, après avoir bien établi le diagnostic différentiel, les chirurgiens les plus renommés, et Boyer, par exemple, déclarent qu'il y a des étranglements inflammatoires qui offrent tous les symptômes de l'engouement, et des engouements qui marchent avec autant d'acuité que l'étranglement inflammatoire. De là, une perplexité qu'on pourrait croire très-embarrassante, mais qui, par le fait, n'existe que dans la théorie; car, dans la pratique, étranglements purs ou engouements sont soumis à un traitement parfaitement identique; vous essayez le taxis, la saignée, les bains, les lavements irritants, etc.; et si la hernie résiste à ces moyens, l'opéra

tion est la ressource commune, opération peu dangereuse, dit-on, et d'autant moins, qu'on y apporte moins de délai.

En définitive, dans la pratique il n'y a, en réalité, ni étranglement ni engouement; il y a des hernies réductibles ou irréductibles; je me trompe, il y a des hernies qu'on parvient assez facilement à réduire, et d'autres qui opposent quelque difficulté; et pour ces dernières, tout le monde se récrie contre les tentatives de réduction trop prolongées; l'opération sans délai est regardée comme la meilleure chance de salut.

Nous verrons tout à l'heure ce qu'il y a à objecter à la théorie; mais il vaut mieux, ce semble, commencer par établir les résultats de la pratique; car, si la question n'est pas jugée par ces résultats même, elle en sera du moins assez vivement éclairée. J'ai donc pris soin de recueillir tous les cas d'opérations pratiquées pendant six années, de 1836 à 1842, dans tous les hôpitaux de Paris; le total se monte à deux cent vingt. Sur les deux cent vingt opérés, il y a eu cent trente-trois morts, et seulement quatre-vingt-sept guérisons. Assurément, il est permis d'espérer des résultats un peu meilleurs dans la pratique civile; mais attribuez à la circonstance du séjour à l'hôpital telle part que vous voudrez dans cette mortalité, il n'en restera pas moins avéré que l'opération du débridement est la plus dangereuse peut-être de toutes les opérations connues, à l'exception de l'opération césarienne.

Ceci posé, on peut juger déjà s'il est sage et prudent de se hâter autant qu'il est recommandé dans les livres, et si au contraire, ce n'est pas là une de ces dernières et extrêmes ressources auxquelles on ne doit recourir que quand tout espoir est perdu. Certes il est des cas cependant où il faut opérer et même où il convient d'opérer sans délai; mais les chirurgiens qui ont longtemps pratiqué dans les campagnes, savent très-bien aussi que nombre de fois des malades auxquels on voulait faire l'opération, et qui s'y étaient refusés, ont fini par guérir sans gangrène et sans anus artificiel, et par une réduction en quelque sorte spontanée de la hernie. Maintenant, sera-t-il possible de distinguer à l'avance ces cas heureux qu'on pourrait presque abandonner à la nature; et ceux pour lesquels la nature sera toujours et constamment impuissante? Cela n'est pas possible avec les théories actuelles; voyons donc jusqu'à quel point elles peuvent légitimement subsister.

En remontant à leur origine, c'est à dire à un mémoire publié par Goursaud dans ceux de l'académie royale de chirurgie, on est tout d'abord frappé d'une chose, c'est qu'elles ne s'appuyent, ni sur des autopsies, ni sur des expériences, ni même sur des faits cliniques soigneusement observés et médités. L'auteur a été chercher dans les livres quelques opinions surannées, il a cherché à les concilier du mieux qu'il

a pu ; il a raconté ensuite quelques faits merveilleux de hernies étranglées, guéries par des purgatifs ou autrement, en tâchant de les faire cadrer avec sa théorie ; et voilà comment la théorie a été adoptée. Il y a dans cette manière d'interroger l'histoire de l'art, une source de lumière et d'instruction qui ne saurait échapper aux esprits les plus superficiels; et il est manifeste, par exemple, que la théorie de Goursaud, ainsi scrutée dans son origine, perd beaucoup du poids que lui donnaient et l'approbation de l'académie royale de chirurgie et l'assentiment général qui en avait été la conséquence.

Mais enfin, il restait cet argument assez spécieux que, si Goursaud n'avait pas lui-même suffisamment étayé sa théorie, les chirurgiens venus après lui avaient bien pu achever la preuve, et que les faits à l'appui se trouvaient dans les Annales de l'art, où il ne s'agissait que de les chercher ; ou bien même que ces faits étaient si communs, si faciles à rencontrer et à saisir, qu'il eût été oiseux en quelque sorte de les publier.

Or, ce double argument me paraît ruiné par une réponse assez péremptoire que voici : dans toutes mes recherches, je n'ai pu trouver qu'un seul fait où des matières fécales, accumulées dans une hernie étranglée, simulassent ce qui est décrit dans les livres sous le titre d'engouement ; et à supposer qu'il y en ait d'autres, ils sont si inconnus et si bien cachés, qu'ils n'ont certes jamais servi à forcer les convictions des chirurgiens qui ne les connaissaient pas. Et, quant à l'autre supposition, que ce seraient là des faits trop vulgaires pour qu'il y ait intérêt à les publier, il suffit de dire qu'aucun des chirurgiens, à la tête des hôpitaux de Paris, n'en a jamais vu ; et que depuis le commencement de ces débats, on en a vainement cherché, soit sur le vivant, soit sur le cadavre.

Ce n'est pas assez, et les partisans de cette malheureuse doctrine de l'engouement n'ont pas fait attention qu'elle était inconciliable avec les notions les plus communes de l'anatomie et de la chirurgie. L'engouement, dit-on, est surtout produit par l'accumulation d'excréments durcis dans la hernie ; or précisément l'immense majorité des hernies sont constituées par l'intestin grêle, où d'abord il n'y a pas d'excréments, comme chacun sait, et surtout où il n'y a jamais de matières dures. Nous ne dirons rien des hernies épiploïques, qui précisément aussi, présentent le plus souvent les signes de l'engouement, et où il n'y a point assurément d'accumulation de matières fécales.

Du reste, et afin d'ôter toute espèce de doute, nous ne laisserons pas même subsister cette prédisposition à l'engouement imaginée par Boyer, qui affirme qu'*habituellement dans les hernies anciennes,*

il y a presque toujours accumulation d'excréments dans la hernie. Cela même est en contradiction avec les faits. Afin de chercher cette prétendue accumulation d'excréments dans les circonstances les plus favorables à sa production, j'ai examiné les hernies les plus anciennes et les plus volumineuses que j'aie trouvées à Bicêtre, des hernies de 22 à 30 cent. de hauteur, de 46 à 64 cent. de circonférence, et datant de quatorze à trente ans ou plus. Sur le vivant, ces hernies rendent un son très-sonore à la percussion dans presque toute leur étendue ; les digestions ne sont point laborieuses comme on serait tenté de le croire, les selles sont régulières ; en un mot, rien ne permet de soupçonner ni l'accumulation ni la simple stase des excréments. Sur le cadavre, le plus souvent ces immenses hernies sont trouvées uniquement formées par l'intestin grêle, et l'accumulation des excréments y est tout à fait hors de cause ; mais, dans les cas même où il y a dans la hernie une ou plusieurs anses de gros intestins, ces anses sont vides ou contiennent notablement moins de matières que le gros intestin resté dans le ventre.

A tous ces arguments, à tous ces faits, je ne sais pas ce que l'on pourrait répondre ; rien d'ailleurs n'a été répondu, et la théorie de l'engouement peut passer pour définitivement condamnée. Mais il fallait la remplacer par quelque chose ; car il est évident que certains étranglements diffèrent essentiellement de certains autres, et la doctrine nouvelle que je suis venu établir a suscité, comme on pouvait le prévoir, des objections et des répugnances ; dans notre science, comme dans toutes les autres, il est toujours plus facile de détruire que d'édifier. Voyons donc d'abord sur quels faits elle repose, nous rechercherons ensuite les objections qui y ont été faites en essayant d'en apprécier la valeur ; la solution définitive ne peut être, sans doute, que l'œuvre du temps et de l'expérience ; mais tous les praticiens jugeront, si je ne me trompe, que la question est digne d'une sérieuse attention.

On sait d'abord que l'une des idées que je professe depuis longtemps, c'est que, pour les hernies qui se font à travers les anneaux inguinaux et l'anneau crural, il n'y a pas d'étranglement par l'anneau même, mais toujours par un rétrécissement du collet du sac. Afin de n'avoir pas à me débattre contre des difficultés imaginaires, j'insiste avant tout sur ce point essentiel, que j'ai toujours limité mon assertion aux anneaux précités, et que j'admets un étranglement réel par tous les orifices anormaux que peut traverser une hernie ; bien plus, j'ai dit le premier que ce mode d'étranglement est fréquent pour les hernies crurales. Mais enfin, pour l'anneau crural proprement dit, et pour les deux anneaux inguinaux, je nie l'étranglement ; et à peine est-il

besoin de rappeler la sensation étrange, l'espèce de sursaut que cette idée brusquement émise produisit dans le monde chirurgical. Je le confesse fort humblement, elle fut d'abord rejetée *à priori* par tout le monde; mais il m'est permis aussi de dire qu'elle a fait son chemin en dépit des premiers obstacles, et qu'elle a gagné et gagne encore chaque jour du terrain. Toutes les autopsies faites depuis deux ans dans les hôpitaux de Paris lui ont été favorables; et en définitive, en réponse aux objections qui pleuvaient de toutes parts, je me bornais à demander qu'on m'exhibât un seul fait péremptoire contraire à ma doctrine; et ce fait unique n'a pas pu encore être exhibé.

Maintenant, dans quelles circonstances se produit le rétrécissement du collet du sac? Dans tous les cas où, soit par l'action d'un bandage, soit par le repos prolongé, la hernie a été longtemps contenue dans l'abdomen et le sac est resté longtemps plus ou moins vide. Si le bandage a été exactement appliqué, le rétrécissement du collet arrive au plus haut degré, et l'oblitération peut même s'ensuivre; c'est là, pour le dire en passant, le mécanisme le plus commun des guérisons radicales. Si le bandage ne contenait qu'imparfaitement la hernie, le rétrécissement se fait toujours, mais sans arriver à un tel degré, la portion échappée de la hernie entretenant toujours une certaine dilatation. Il faut ajouter ici les cas où le rétrécissement préexiste pour ainsi dire à la hernie, c'est à dire, où la hernie se fait dans la tunique vaginale même, dont le canal de communication avec le péritoine n'a pas été oblitéré; et c'est dans cette circonstance que l'étranglement peut se montrer à l'instant même de l'apparition de la hernie.

Mais lorsqu'une hernie se fait sa route à la façon ordinaire, en repoussant devant elle le péritoine et dilatant les anneaux; lorsque cette hernie a continué à grossir sans être jamais contenue, j'affirme et je répète qu'il ne saurait y avoir étranglement. En effet, si la hernie est petite et récente, son collet demeure presque aussi large que son fond; et, quand la hernie est devenue volumineuse, et qu'elle s'épanouit dans le scrotum, de telle sorte que le fond soit beaucoup plus ample que le pédicule, j'ai toujours trouvé les anneaux tellement dilatés, éraillés, élargis, que le pédicule de la hernie y est tout à fait à l'aise, et ne peut y subir aucune sorte de constriction.

Ce dernier point est d'une importance capitale, et il est bon d'en administrer la preuve. Or, cette preuve résulte d'autopsies faites à l'hospice de Bicêtre, sur deux sortes d'individus. Les uns portant un bandage pour une hernie inguinale primitive, ne se doutaient pas qu'ils avaient de l'autre côté une petite hernie consécutive, de ces hernies si fréquentes dont j'ai tracé le premier l'histoire. Il y avait donc là des her-

nies non contenues, et à toutes les périodes de leur développement, depuis la simple *pointe* jusqu'au bubonocèle. Dans tous les cas de ce genre, le trajet parcouru par la hernie, soit à travers l'anneau interne, soit à travers les deux anneaux, est d'une excessive largeur, eu égard au peu de développement de la tumeur extérieure ; souvent même le sac a la forme d'un cône dont l'ouverture est plus large que le fond ; avec ces conditions, il n'y a pas d'étranglement possible.

D'autres sujets portaient depuis longues années des hernies abandonnées à elles-mêmes, remplissant et dilatant le scrotum outre mesure, et dont la circonférence, allant aussi haut qu'il a été dit tout à l'heure, était hors de toute proportion avec l'anneau qui leur avait livré passage. En voici deux exemples des plus remarquables.

Hernie du volume des deux poings, sur un vieillard inconnu. Le canal inguinal avait disparu, les deux orifices s'étaient confondus. L'anneau externe était excessivement dilaté, et semblait même avoir été entraîné en bas en façon d'entonnoir sur la tumeur scrotale. Le collet du sac n'offrait ni épaississement, ni rétrécissement d'aucune sorte ; sa circonférence exactement mesurée au point le plus étroit donnait 18 centimètres un quart, tandis qu'un ruban embrassant sans la serrer, la portion de la hernie qui occupait le collet, n'arrivait qu'à 14 centimètres.

Hernie de 46 centimètres de circonférence, sur un homme de soixante ans, mort dans le service de chirurgie. La hernie était oblique, c'est-à-dire qu'on trouva l'artère épigastrique à son côté interne ; mais les deux anneaux n'en faisaient qu'un depuis longtemps; et avant de rien retirer du sac herniaire, le chirurgien fit voir que l'anneau admettait facilement quatre doigts de front en sus des viscères qui le traversaient.

Les autopsies de ce genre ne sont pas rares à Bicêtre, et nous n'avons jamais rencontré un seul cas qui fît exception à la loi générale; c'est-à-dire que les hernies abandonnées à elles-mêmes, dilatent le canal et les anneaux par une action lente, mais continue; le dilatent même au-delà de leurs besoins, à peu près comme une sonde laissée vingt-quatre heures dans un urètre étroit, donne à ce canal une ampleur plus considérable que son propre calibre. Cependant, il reste une objection à faire; dans cet état, quel qu'il soit, qui produit les phénomènes attribués à l'engouement, la hernie acquiert un volume bien supérieur à celui qu'elle avait avant l'explosion des accidents ; et qui nous dira si son pédicule, tuméfié en proportion, ne devient pas alors trop volumineux pour l'anneau qui, auparavant, le contenait fort à l'aise? Le fait suivant lève toute inquiétude à cet égard; il est difficile, en effet,

de rencontrer une hernie plus volumineuse, et plus propre en conséquence à s'étrangler pour peu que l'anneau s'y fût prêté.

Un vieillard de soixante-dix-neuf ans, entra dans le service de chirurgie de Bicêtre pour une énorme hernie inguinale, datant seulement de trois ans, mais n'ayant jamais été contenue, et ayant commencé à se tuméfier la veille après un copieux repas. Le scrotum, offrant à peu près la forme d'une vessie insufflée, avait 28 centimètres de hauteur, 62 centimètres de circonférence; sonore à la percussion presque partout, excepté vers le bas; indolent au toucher et même à la percussion; au contraire, le ventre était douloureux et partout sonore. Les vomissements prirent le malade le jour de son entrée, et le troisième jour, il succomba.

A l'autopsie, on trouva au fond du sac une énorme quantité de liquide séro-purulent, fétide, qui en occupait presque la moitié. Les viscères herniés se trouvaient donc à la partie supérieure: c'était une masse d'intestins réunis en bloc, toutes les circonvolutions réunies par de fausses membranes, une fausse membrane générale enveloppant toute la masse; et une autre occupant la partie inférieure du sac.

L'inflammation était ici hors de doute; restait la question de l'étranglement. Or, on put introduire un et deux doigts à l'aise dans l'anneau sans avoir à déranger la hernie qui l'occupait, et d'un autre côté, nul vestige de striction ne se voyait sur les intestins herniés: la démonstration était complète.

Ces deux points principaux, et pour ainsi dire, ces deux colonnes fondamentales étant fortement assises, savoir : 1° qu'il n'y a point d'engouement; 2° que dans les cas donnés, il ne saurait y avoir d'étranglement, il reste à rechercher la cause des accidents; et les symptômes sur le vivant, la dissection sur le cadavre, les résultats laissés par la maladie quand le malade a guéri et n'a succombé que longtemps après; tout concourt à démontrer qu'il y a là une inflammation du sac herniaire et du péritoine des intestins herniés.

C'est ici qu'arrivent les objections; et voici, par exemple, celles sur lesquelles a insisté l'auteur d'un article fort bien fait de la *Gazette médicale*.

1° L'un des symptômes caractéristiques sur le vivant est la tympanite locale, tout comme dans les grandes péritonites la tympanite générale. Mais, dit le critique, les gaz ne viendraient-ils pas quelquefois d'une autre voie, c'est-à-dire de la décomposition des aliments dans le canal intestinal, et dès-lors, n'est-ce pas toujours un engouement dû cette fois à l'accumulation des gaz? — Laissons d'abord le mot d'engouement, qui a toujours signifié autre chose, et ajoutons même à l'objec-

tion, que fréquemment la tuméfaction de la hernie se développe à la suite de digestion viciée ou d'ingestion d'aliments venteux. Mais le simple développement de gaz dans l'abdomen par l'une ou l'autre de ces deux causes, ne donne naissance ni à la douleur, ni à l'agitation du pouls, ni aux vomissements; quand tout cela se rencontre avec le météorisme des intestins, ce n'est plus un simple météorisme, c'est une péritonite. De même, nombre de fois, les hernieux ont des gaz en surabondance qui, pour sortir par haut et par bas, traversent la hernie sans y développer ni douleur, ni tension, et c'est alors un pur et simple météorisme; tandis que la douleur, la tension, les vomissements réunis au météorisme semblent accuser un autre élément, et que cet autre élément est démontré être une péritonite par les résultats des autopsies. Remarquons en outre que cette fois la critique se met trop à l'aise, en imaginant une affection *possible* pour combattre une doctrine appuyée au moins sur un certain nombre de faits *réels*, et que, pour que l'objection, à part même ce que nous venons d'y répondre, eût une légitime valeur, il serait bon de l'établir sur autre chose que sur des hypothèses.

2° Mais dans certains cas, la hernie est indolore, le pouls calme, la face tranquille; il n'y a que de la tension locale, de la constipation et des vomissements; et vous attribuez tout cela à l'inflammation! Comment comprendre l'absence des phénomènes généraux dans une pareille phlegmasie?

Compréhensible ou non, il importe fort peu si les faits existent. Or, nous venons précisément d'en rappeler un qui est capital en cette matière, puisque la hernie était indolente, même à la percussion, et que la péritonite locale, une péritonite passée à la suppuration, enleva le malade en trois jours.

3° Mais M. Malgaigne admet que souvent cette inflammation paraît le résultat du déplacement unique des viscères, et que leur réduction suffit pour la dissiper. Or, comment M. Malgaigne entend-il le mode d'action de ce déplacement? car on ne conçoit pas que le fait pur et simple de la sortie d'une hernie soit capable de causer d'aussi grands désordres.

Nous avouons que cette objection nous laisse assez indifférents. Vous ne concevez pas! Et que m'importe si le fait est là? Concevez-vous davantage qu'une hernie qui sortait tous les jours sans s'étrangler, vienne à s'étrangler un beau jour sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause? Vous le croyez pourtant, et bien vous faites. Tâchons donc une bonne fois de constituer la science avec des faits, dussent-ils se montrer rebelles à toute conception et à toute explication.

4° Mais quand nous produisons une véritable inflammation locale dans un sac herniaire en y passant des épingles, comme dans le procédé de M. Bonnet, ou lorsqu'on fait une injection irritante pour guérir l'hydrocèle siégeant dans une tunique vaginale qui communique avec l'abdomen, ne sont-ce pas les mêmes conditions que celles auxquelles M. Malgaigne rapporte les phénomènes d'engouement? Et cependant quelles différences entre les symptômes dans un cas et dans l'autre!

A ceci je répondrai que ce ne sont pas tout à fait les mêmes conditions. Dans l'entérocèle, l'inflammation s'étend à la séreuse de l'intestin, ce qui fait une petite différence; car la constipation, les vomissements, le plus généralement doivent être rapportés à la lésion de l intestin. Mais quand la hernie ne contient que de l'épiploon, très-fréquemment l'inflammation ne donne pas lieu à plus de réaction que l'implantation des aiguilles dans un sac herniaire ou une injection dans la tunique vaginale; j'ai cité des cas assez nombreux.

Ces cas ne vous paraissent pas rentrer dans la description générale donnée par les auteurs; et vous prétendez que l'on sera toujours forcé d'adopter cette description. Tant pis pour ceux qui préféreront l'autorité des livres à celle des faits réels; et comment voulez-vous que les auteurs aient pu donner une description satisfaisante d'une maladie imaginaire, et qu'ils auraient reconnu imaginaire s'ils s'étaient donné la peine de faire une seule autopsie?

5° Enfin, je recommande expressément, dans le début des accidents, le taxis comme le meilleur moyen; et c'est là une inconséquence dans la doctrine de l'inflammation, que l'on ne fait pas entièrement disparaître en disant que le déplacement est la cause la plus essentielle de la phlegmasie.

Que le taxis soit le premier de tous les moyens, c'est un fait bien reconnu, et reconnu de ceux mêmes qui l'emploient dans l'étranglement qu'ils appellent *inflammatoire*, c'est-à-dire de la généralité des chirurgiens. Ce serait donc à la doctrine ancienne à expliquer comment le taxis remédie à la prétendue inflammation, avant d'en faire un sujet d'objection à la doctrine nouvelle. Tout le vice de ces arguments est que le critique veut toujours comprendre, qu'il n'admettrait volontiers rien si on ne le lui faisait *concevoir;* ce qui le conduirait tout droit à nier la vitesse de la lumière, ou sa transmission à travers le verre, et une multitude d'autres choses que les yeux croient et qu'ils ont fait accepter à cette raison superbe qui se trouve cependant impuissante à les expliquer. Et après tout, cette explication serait-elle si difficile? Le taxis se réduit à combattre la cause de l'inflammation; tout

comme lorsqu'un corps étranger est implanté dans l'œil, le meilleur moyen antiphlogistique consiste dans des manœuvres d'extraction qui seraient fort *inconséquentes* dans tout autre cas.

Nous négligeons une autre objection dans laquelle le critique nie que des adhérences dans une séreuse doivent toujours être rapportées à une inflammation; nous supposons que nos lecteurs se rappellent l'histoire de l'inflammation adhésive, telle qu'elle est sortie de la plume de John Hunter.

Au total, après avoir pesé ces objections, je serais presque tenté de me demander si leur impuissance n'est pas aussi propre à confirmer la doctrine nouvelle que mes propres démonstrations. Mais, bien que pour le moment j'aie droit de la regarder comme solidement assise, l'histoire de la chirurgie m'a suffisamment appris que plus d'une doctrine en accord avec les premiers faits découverts, a été, sinon renversée, du moins modifiée par des faits nouveaux, et je suis le premier à désirer qu'une expérience faite sur une plus large échelle vienne fixer le degré de foi définitive qu'il convient de lui accorder.

Les conséquences thérapeutiques qui en ressortent sont assez claires pour n'avoir pas besoin d'être grandement développées; nous résumerons donc la doctrine entière dans les propositions suivantes:

1° L'engoûment, comme il est décrit dans les livres classiques, n'existe pas. Les accidents qu'on lui attribuait sont dus à une inflammation du péritoine de la hernie et en conséquence ne réclament jamais l'opération.

2° Toute hernie épiploïque, quel que soit son volume, est sujette à cette inflammation. Il n'y a pas alors d'étranglement réel, et en conséquence, jamais on ne doit faire l'opération du débridement pour un simple épiplocèle.

3° Toute hernie volumineuse et qui n'a jamais été contenue par un bandage, ou qui, soumise à un bandage, s'est constamment échappée par dessous, a tellement dilaté les anneaux que l'étranglement y est impossible. Il n'y a donc encore là que de l'inflammation, et l'opération est toujours irrationnelle.

4° Dans tous les cas, si l'on est appelé de bonne heure, le taxis est le premier de tous les moyens. S'il ne réussit pas une première fois, on peut recouvrir la tumeur de cataplasmes, employer les bains, les lavements de tabac, puis revenir au taxis. Mais je ne saurais recommander une trop grande douceur dans les manœuvres de réduction; il faut que le chirurgien se souvienne qu'il a affaire à des organes enflammés, que des pressions sans règle et sans mesure peuvent facilement conduire à la gangrène. Si le taxis échoue cette seconde fois, il y a bien plus de raisons pour qu'il échoue une troisième et une quatrième,

en laissant le mal toujours pire qu'il n'était. Alors il ne faut plus s'occuper que de l'inflammation, lui opposant la position déclive, les cataplasmes tièdes ou froids, les sangsues; éviter les vomissements, en épargnant les boissons; trompant la soif par des morceaux de glace, et même soutenant les forces par quelques cuillerées de bouillon. Lorsqu'enfin, par tous ces moyens et par le bénéfice du temps, l'inflammation est à son déclin, alors on revient au taxis, et quelques secondes suffisent pour réduire la hernie.

Si l'on était appelé trop tard, que déjà l'inflammation fût très-intense et menaçât même de passer à la période suppurative, il faudrait bien se garder d'essayer le taxis; mais, avant tout, l'indication est de s'attaquer à l'inflammation.

Malgaigne.

DE CERTAINS PROCÉDÉS GÉNÉRALEMENT CONSEILLÉS EN OBSTÉTRIQUE, QUI SONT OU INUTILES, OU INAPPLICABLES, OU DANGEREUX, ET DE CEUX QU'ON PEUT LEUR SUBSTITUER AVEC AVANTAGE. — PRÉSENTATION DE LA FACE.

Dans un article précédent, en traitant de la version pelvienne, je me suis élevé contre cette foule de *préceptes* enfantés sur le mannequin, et qui ne peuvent être mis en pratique sur le vivant. C'est sur le même point de vue que je vais envisager la présentation de la face. C'est dans celle-ci surtout qu'il importe de réduire à leur juste valeur certaines manœuvres encore préconisées de nos jours; manœuvres qui n'ont pas seulement l'inconvénient d'être inutiles et souvent impraticables, mais qui sont si souvent fatales à la mère et à l'enfant, et cela que les tentatives de l'opérateur soient ou non couronnées de succès.

Précepte. — « Dans la présentation de la face, on doit se hâter, dès le début du travail, d'introduire la main pour ramener le sommet. »

C'est surtout dans la présentation de la face qu'il importe de s'élever contre de pareils préceptes.

Les accoucheurs du siècle dernier, madame Lachapelle elle-même dans le début de sa pratique, et quelques accoucheurs en petit nombre de notre époque, pénétrés de cette idée que l'accouchement par la face ne se terminait que très-rarement spontanément, et que cette terminaison spontanée, qui ne pouvait avoir lieu que dans les cas où le menton répondait en avant du bassin, compromettait souvent la vie de l'enfant et quelquefois la santé de la mère, et qu'enfin, les positions

mento-iliaques, droite ou gauche postérieure, se réduisant toujours en positions postérieures directes, nécessitaient l'intervention de l'art, intervention qui est souvent très-difficile, souvent meurtrière, quand la face a pénétré dans l'excavation ; ces auteurs, dis-je, au lieu de laisser agir la nature, ce qui les aurait éclairé sur le véritable pronostic de cet accouchement, attribuant à cette présentation les accidents qui ne devaient être attribués qu'aux manœuvres qu'ils conseillaient, ont conclu de toutes ces considérations qu'il fallait, dès le début du travail, se hâter, lorsque la face est encore au détroit supérieur, de ramener le sommet au lieu de la face, l'accouchement par le sommet étant bien plus favorable que l'expulsion par la face. Et voici de quelle manière ils conseillent de procéder dans ce cas : *la main dont la paume regarde l'occiput, sera introduite entre le rebord du détroit supérieur et la face; puis, soulevant la tête, on fixera les doigts, réunis en forme de crochet, sur l'occiput, que l'on entraînera au détroit supérieur* [1].

Nul doute que l'accouchement par le sommet ne soit plus favorable à la mère, surtout à l'enfant, que l'accouchement par la face ; en effet, pour la mère, dans l'expulsion par la face, le travail est plus prolongé, plus dangereux, quand quelques anomalies viennent à se manifester dans le cours de l'accouchement ; et pour l'enfant, outre les dangers que lui font courir aussi ces anomalies, sa vie est compromise, quelquefois même dans les circonstances les plus favorables, une fois sur dix ou douze accouchements, tandis qu'un seul enfant périt, sur cinquante, dans la présentation du sommet.

Aussi, si en ramenant le sommet au lieu de la face, on remédiait à tous ces accidents sans leur en substituer d'autres qui sont plus graves, ou tout au moins, qui le sont autant, si du reste cette opération était praticable dans la plupart des cas, il faudrait y avoir recours.

Mais il n'y a pas du tout parité entre l'accouchement qui se fera quand le sommet aura été ramené de force au détroit supérieur, et l'accouchement dans une présentation primitive du sommet. En effet, quand le sommet s'est présenté de lui-même au détroit supérieur, au

[1] Je trouve cette même opinion reproduite dans un ouvrage publié très-récemment :

« Si, dans l'état actuel de la science, les positions mento-antérieures doivent être abandonnées à elles-mêmes, en est-il entièrement de même des positions mento-postérieures ; en un mot, cette dernière position, bien constatée au début du travail, ne devrait-on pas, avant son engagement, chercher à la convertir en position du sommet (*il faudrait le mot présentation au lieu de position*). J'avoue que si j'avais à me prononcer, je résoudrais pour l'affirmative. »

moment où la rupture des membranes s'effectue, l'orifice est exactement bouché par la tête, le liquide ne s'écoule que graduellement pendant toute la durée du travail, et le fœtus n'est pas exposé à la compression trop immédiate de l'utérus. Cette condition favorable n'existe pas dans l'accouchement où le sommet a été ramené; l'introduction de la main et les tentatives faites pour aller accrocher l'occiput, permettent à la totalité du liquide amniotique de s'écouler; mais de plus, le premier flot de liquide qui s'échappe peut entraîner une anse du cordon ombilical au-dessous de la tête, accident rare dans la présentation du sommet primitif, mais très-fréquent dans les tentatives de réduction; et alors, si on ne peut remonter le cordon au-dessus du détroit supérieur, ce qui arrivera bien souvent, on se trouvera, pour soustraire le produit aux conséquences de cet accident, dans l'obligation de faire immédiatement la version par les pieds ou l'application du forceps, suivant le degré de rétraction de l'utérus. Un bras ou les deux bras pourront également être entraînés au détroit supérieur en même temps que le sommet; de là encore, la nécessité de les réduire; ou, dans le cas d'insuccès de cette manœuvre, l'obligation de recourir encore, soit à la version, soit au forceps. Ajoutez de plus que les tentatives de réduction sont de nature, par elles-mêmes, à augmenter la situation fâcheuse dans laquelle se trouvent déjà la mère et l'enfant.

Mais les dangers que cette opération fait courir à la mère et à l'enfant, ne sont pas les seules raisons qui doivent en faire proscrire l'usage; il s'en faut qu'elle soit d'une exécution facile, c'est ce qu'ont pu très-bien apprécier ceux qui ont tenté cette opération [1], les plus grands partisans de cette méthode, et Beaudeloque lui-même, qui la recommandait, ont avoué un assez grand nombre d'insuccès. Madame Lachapelle, dans le temps où elle était imbue de ces fausses idées sur la présentation de la face, éprouva aussi souvent des difficultés insurmontables. « Que de fois, dit-elle, n'ai-je pas perdu ma peine à de semblables tentatives, etc., etc., et même dans les circonstances les plus souhaitables, je n'ai pas toujours réussi; je ne suis pas la seule, au reste, car Delamotte n'en put venir à bout dans deux accouchements qui se terminèrent seuls. »

La pratique de M. P. Dubois lui a donné les mêmes résultats, lorsque, par nécessité, il s'est trouvé dans l'obligation de tenter cette manœuvre. Aussi, dans les présentations de la tête, sommet ou face, on

[1] Madame Lachapelle regarde cette répulsion de la face comme excessivement difficile. (Troisième Mémoire, page 407.)

peut dire qu'il est quelquefois possible de diriger la nature dans les voies qu'elle devrait suivre, mais que très-rarement, je ne crains pas de l'avancer, on pourra s'opposer efficacement à ses écarts, à moins de changer la présentation par la version pelvienne.

Une seule circonstance rend possible à la rigueur cette manœuvre; c'est le cas où, rompant les membranes au moment de l'introduction de la main, cette main trouve la face mobile au détroit supérieur, et encore on rencontrera souvent de très-grandes difficultés. De plus, ce serait seulement dans un cas de vice de conformation du détroit supérieur qu'il serait permis de tenter cette opération, pour éviter au produit les dangers d'une application de forceps au détroit supérieur sur la tête étendue.

Le plus ordinairement, les tentatives de réduction seront donc infructueuses par deux raisons : 1° où l'on aura complétement échoué après des tentatives réitérées et longtemps soutenues, et après avoir fait beaucoup souffrir la femme, on se trouvera dans la nécessité d'abandonner la face au détroit supérieur; alors l'accouchement, en supposant qu'il ne se soit pas produit d'accident, se fera avec des chances bien moins favorables pour le produit, et surtout pour sa mère, que si l'on n'eût rien fait.

2° Ces tentatives de réduction pourront encore être infructueuses, en ce sens que le sommet, une fois ramené, peut être chassé de nouveau du détroit supérieur, malgré tous les efforts que l'on fera pour le maintenir, par suite de la tendance naturelle qu'a une présentation à se reproduire, quand elle a déjà occupé le détroit supérieur.

Si maintenant, au lieu de tenter cette opération, on respecte la présentation de la face au début du travail, la rotation du menton s'exécutera en avant dans l'immense majorité des cas, quel que soit le point du détroit supérieur auquel il corresponde, et l'accouchement sera, pour la mère, presque aussi favorable que l'expulsion par le sommet; moins favorable, il est vrai, pour l'enfant, sa vie étant compromise une fois sur dix ou douze accouchements; mais cependant, cette expulsion spontanée le laissera dans une situation plus favorable que si l'on agissait, car un enfant succombe, sur sept ou huit, dans les cas où l'intervention est nécessaire. De plus, l'on aura évité à la mère les douleurs de l'opération, à soi-même, les difficultés et le désappointement qui suit l'insuccès.

Positions de la face. Mais les partisans de cette méthode insisteront; ils pensent, pour la plupart, que les positions mento-antérieures ou transversales, sont les seules qui se réduisent en positions mento-antérieures directes, et que les positions mento-postérieures droites ou

gauches, moins fréquentes que les autres, se réduisent nécessairement en postérieures directes ou sacrées; ils voudront que, dans la situation mento-iliaque droite ou gauche postérieure, on ait recours à la version céphalique afin de prévenir la rotation mento-postérieure directe ou sacrée, bien plus dangereuse par elle-même que tous les accidents qui peuvent compliquer l'opération qu'ils conseillent.

Je leur répondrai que l'expérience prouve que la position mento-postérieure primitive est la plus fréquente ; que la rotation du menton en avant s'exécute tout aussi bien dans les positions postérieures que dans les positions antérieures, que ce n'est que par une très-rare exception que le menton va se rendre dans la concavité du sacrum (madame Lachapelle ne l'a jamais vu); et qu'alors, pour prévenir cette rotation postérieure, qui n'aura très-probablement pas lieu, on ne serait pas excusable de tenter une opération au détroit supérieur, surtout quand cette opération peut compromettre souvent la vie du fœtus, qu'elle est d'ailleurs très-douloureuse pour la mère, et qu'elle pourra être souvent suivie d'opérations plus ou moins graves pour elle et pour l'enfant (la version pelvienne, le forceps). J'ajouterai même qu'en supposant que, comme le pensent les auteurs, la mento-postérieure directe soit toujours une conséquence nécessaire de la position mento-iliaque droite ou gauche postérieure, ce ne serait pas encore, dans ce cas, par une version céphalique qu'il faudrait chercher à prévenir cette rotation postérieure du menton, mais par une version pelvienne bien plus facile, moins longue à pratiquer, moins douloureuse, et qui fait courir à la mère et au produit moins de dangers. Il est vrai que pendant l'exécution de cette version pelvienne, les mêmes accidents qui compliquent la version céphalique peuvent aussi se manifester. Mais la différence est très-grande : les pieds de l'enfant saisis dans la version pelvienne, on le soustrait immédiatement, par une extraction plus ou moins rapide, aux conséquences de ces accidents à mesure qu'ils se produisent; or, la version céphalique n'a pas cet avantage, car, ou l'on est obligé d'abandonner la tête au détroit supérieur après qu'elle y a été ramenée, et s'il s'est produit des accidents, le fœtus y restera exposé, ou bien on se trouvera dans l'obligation de recourir, soit à la version pelvienne, soit à l'application du forceps.

En résumé, il faut respecter la présentation de la face au détroit supérieur, quand bien même on trouverait une position mento-postérieure droite ou gauche [1], parce que la pratique journalière prouve que

[1] L'expérience prouve que la position mento-iliaque droite postérieure est la plus fréquente; je n'ai pas encore eu l'occasion d'en observer d'au-

l'accouchement par la face est spontané dans la majorité des cas, naturel dans un grand nombre de circonstances, et qu'on ne ferait qu'aggraver la position de la mère et celle de l'enfant en agissant au détroit supérieur, quand aucun accident ne vient compliquer le travail.

Et il faut bien se pénétrer de cette idée, que si pendant longtemps on a cru à la nécessité de changer cette présentation, c'est qu'on attribuait à la présentation elle-même des accidents qui n'étaient que le résultat de manœuvres intempestives auxquelles on se croyait obligé de recourir. Sans voir que c'était ces manœuvres elles-mêmes qui empêchaient l'expulsion spontanée, le premier auteur qui a posé ces préceptes n'a dû y être conduit que parce qu'il avait rencontré dans sa pratique, malgré la rareté de cette présentation, une série de cas fâcheux, et chacun a pu éprouver que des accouchements laborieux se succèdent souvent dans un court espace de temps, tandis qu'on sera longtemps sans en rencontrer un seul.

CHAILLY-HONORÉ.

NOTE SUR UN NOUVEAU BANDAGE POUR LES FRACTURES DE LA CLAVICULE.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui sur le peu d'avantages que présente le bandage très-compliqué de Dessault dans la fracture de la clavicule. Ce bandage, d'ailleurs, n'est pas exempt de tout danger.

En gênant, en effet, la circulation dans l'aisselle, il amène souvent le gonflement du membre, devient insupportable au malade, détermine parfois des plaques gangreneuses, etc., etc. On peut, au reste, ajouter encore à ces accusations, bien justes assurément, la difficulté de son application, la difficulté plus grande encore de la maintenir en place, et surtout son peu d'efficacité; aussi est-il généralement abandonné de nos jours, et n'en parle-t-on plus déjà que comme souvenir.

L'écharpe simple de Mayor est pour le moins tout aussi insuffisante à maintenir en place les fragments si mobiles d'un os, qui, comme la clavicule, se prête si peu à l'action contentive des liens; mais elle a l'immense avantage d'être facilement applicable, et de ne pouvoir, en aucun cas, déterminer de ces accidents graves qui font la condamnation du bandage de Dessault. Son mode d'application est si connu, qu'il est inutile d'en parler plus longuement.

tres. Telle est, au reste, l'opinion de M. P. Dubois, opinion basée sur des observations toutes récentes qu'il a faites, tant à la Maternité qu'à la Clinique.

Le bandage de M. le professeur Velpeau présente plus de sécurité que l'écharpe de Mayor. Il consiste à placer la main du côté malade sur l'épaule du côté sain, et d'agir ainsi sur le bras et sur le coude de manière à porter en haut et en dehors le moignon de l'épaule, jusqu'à ce que la réduction du fragment externe s'ensuive. Le coude, placé ainsi sur la face antérieure du thorax, se rapproche plus ou moins de la ligne médiane du corps, ou même la dépasse. Pour maintenir la réduction, M. Velpeau se sert d'une bande de huit à dix aunes; le chef de cette bande est d'abord appliqué sous l'aisselle du côté sain ou en arrière; on la conduit ensuite en diagonale sur le dos, l'épaule et la clavicule du côté malade, et la bande est abaissée sur la face antérieure du bras pour contourner sa face externe, venir embrasser le coude, et se diriger ensuite obliquement en haut vers l'aisselle saine, point dont elle est partie. On fait ainsi trois, quatre ou cinq doloires, de manière à bien soutenir et bien embrasser le coude, et le bandage se termine par des circulaires autour du bras et du thorax, sur lequel il repose. Pour donner plus de solidité à cet appareil, on peut le rendre inamovible au moyen de l'amidon, ou mieux, de la dextrine.

Ce bandage n'est pas toujours très-bien supporté, surtout par les femmes qui ont les mamelles très-développées; il n'a pas l'inconvénient de prendre, comme celui de Dessault, le principal point d'appui sur un coussin de balle d'avoine qui, remplissant le creux axillaire, comprime douloureusement les vaisseaux et les nerfs; mais il gêne beaucoup les mouvements d'expansion pulmonaire. Son mode d'action est toujours de porter en dehors le fragment externe, en agissant comme un levier du premier genre, dont la puissance est appliquée au coude et la résistance au moignon de l'épaule, qui, cédant à l'action exercée sur lui, se porte en haut et en dehors. L'écharpe de Mayor n'agit pas autrement, seulement elle est moins solide.

Dans le bandage de Dessault, de Mayor et de Velpeau, on voit que le point d'appui s'exerce sur une surface mobile, le thorax, dont les mouvements respirateurs sont très-nécessaires; que ce point d'appui est justement pris sur la portion antérieure du thorax de beaucoup la plus mobile, ce qui est peu rationnel.

Comme nous l'avons vu plus haut dans l'application des trois bandages que nous avons examinés, toutes les indications se résument, comme le dit au reste le chirurgien de Lausanne, dans la position du coude, c'est-à dire la fixation du condyle externe de l'humérus sur un point du thorax : c'est par le coude qu'on agit sur le moignon de l'épaule, qui, lui, transmet son mouvement au fragment externe, seul mobile, en le reportant en dehors et en haut. C'est pour éviter cette action tri-

plement combinée, que M. Récamier a voulu changer son point d'appui, afin d'agir directement sur l'épaule qu'il veut reporter en haut et en arrière. Pour y arriver, voici le moyen qu'il met en usage : il est on ne peut plus simple. Tout son bandage se compose d'un coussin de balle d'avoine de forme carrée fortement distendu, afin que son relief soit considérable, et qu'il place dans le dos entre les deux épaules; il fixe ensuite l'un des chefs d'un mouchoir plié en cravate sur l'angle du coussin correspondant à l'épaule du côté malade avec le mouchoir, embrasse l'épaule, qu'il contourne en passant dans l'aisselle, et revient ensuite en arrière sur le coussin; tandis qu'un aide le maintient dans cette position, un autre mouchoir est placé de la même manière pour embrasser l'épaule du côté malade, qu'il contourne également pour venir se croiser en arrière avec l'autre; puis enfin les angles des deux mouchoirs ainsi croisés sont amenés sur la poitrine pour y être noués ensemble. Il faut avoir soin, avant de serrer le bandage, de reporter fortement avec les deux mains les épaules en arrière; par ce moyen, le point d'appui se trouve pris sur la partie la plus fixe possible : par rapport à l'épaule, la colonne dorsale et la puissance s'exerce directement sur l'épaule. Le malade n'est pas gêné dans ses mouvements d'expansion pulmonaire, et c'est un avantage; il souffre peu de cet appareil, qui le gêne moins que les autres. Lorsqu'il est couché sur le dos, la saillie du coussin force les épaules à se porter davantage encore en arrière, ce qui facilite la réduction; lorsque le malade est debout, la réduction se maintient et il peut aller et venir, portant son bras dans une écharpe et sur son dos son coussin en forme de hotte.

Depuis longtemps déjà M. Récamier fait usage de ce moyen contentif des fractures des clavicules. Il y a quelques mois, un malade a été soigné par lui à l'Hôtel-Dieu; il est sorti parfaitement guéri. Il nous paraît bon de signaler ce nouveau moyen, qui, par sa simplicité, se recommande aux praticiens; mais il appartient à l'expérience d'en juger définitivement la valeur thérapeutique.

CHIMIE ET PHARMACIE.

UN MOT SUR UNE CLASSIFICATION NOUVELLE DES MÉDICAMENTS.

Avouons-le d'abord franchement, dans l'état actuel de la science il est difficile d'établir une classification des médicaments à laquelle on ne puisse rien objecter, rien reprocher. Tous les points de départ, tout ce qui a été pris pour base de ces sortes de moyens mnémoniques (les

classifications ne sont pas autre chose), ont présenté des écueils sans nombre, des anomalies choquantes. En effet, faisant abstraction des résultats immédiats et secondaires des médicaments sur l'économie, peut-on s'arrêter aux caractères physiques, aux analogies qui servent de base aux familles naturelles établies pour les minéraux, les végétaux et les animaux? Non; car il est difficile d'admettre que la forme, la couleur, par exemple, entrent pour quelque chose dans les vertus médicatrices d'un agent thérapeutique. Établira-t-on la classification des agents médicamenteux en prenant en considération leurs principes élémentaires, leur composition chimique? Non, car nous sommes peu certains de bien connaître cette composition, ces principes. Quelques-uns de ces derniers, les plus actifs peut-être, ont pu échapper à nos investigations, à nos analyses. Au surplus, la chimie ne peut servir à la classification des médicaments; elle ne peut qu'en donner de nouveaux.

Adoptera-t-on l'ordre alphabétique? pas davantage; car cet ordre, bon pour tout recueil qui n'a besoin que d'être consulté, pour un dictionnaire, par exemple, ne peut convenir aux ouvrages didactiques, aux monographies; et d'ailleurs, cet ordre éloigne beaucoup trop les uns des autres des corps qui ont l'analogie d'action, la ressemblance de composition, si nécessaires à la connexion, à l'ensemble qui doit régner dans l'étude de la matière médicale. Enfin, le mode d'action pourra-t-il servir de base à l'ordre méthodique qui doit aider à l'étude et à la connaissance des médicaments? Ici, arrêtons-nous un instant.

Le mode d'action des médicaments sur l'économie peut-il servir de base à leur classification? oui, si l'on a pu bien saisir les caractères de la maladie à laquelle on a eu affaire; oui, si l'on a suivi pas à pas les variations nombreuses qui peuvent survenir dans ces mêmes caractères, variations qui dépendent des états électrique, hygrométrique et thermométrique de l'atmosphère, de la manière d'être physiologique, politique et morale des masses, et qui expliquent les grandes et successives modifications apportées dans les préceptes de l'art, selon les temps, la saison, les âges, le sexe, les tempéraments, les idiosyncrasies. Mais si nous mettons dans la balance de la saine et inflexible vérité, d'un côté, tout ce que nous connaissons de positif sur toutes ces choses; de l'autre, tout ce que nous ignorons, nous répondrons hardiment: non, le mode d'action ne peut pas servir à une classification régulière, parfaite, car nous ne savons rien de précis, d'exact, sur ce qui se passe dans l'organisme après l'application d'un médicament, même le plus simple. L'essence de l'homme ne nous est pas connue, elle se refuse même à nos exigences, à nos désirs. Ce que nous voyons, ce que nous

pouvons constater, apprécier, ce sont les effets physiologiques, les résultats thérapeutiques et pas autre chose ; aussi, malgré tous les systèmes passés et présents, échafaudés dans l'intérêt de l'art de guérir, systèmes qui promettaient et qui promettent encore l'ère de la vérité, celle-ci reste toujours cachée au fond du puits.

Quand, en parlant des propriétés des médicaments, nous disons : Celui-ci est stimulant, celui-là est calmant, nous constatons un fait, nous ne l'expliquons pas ; quand nous disons encore qu'un troisième agit par contact ou localemant d'abord, comme le font les rubéfiants, les vésicants, les cautérisants, puis, qu'il agit généralement ; quand nous affirmons qu'un quatrième se comporte d'une manière inverse, c'est à dire qu'il commence par agir généralement, comme cela arrive pour les ferrugineux, les stimulants, les toniques, nous signalons des faits d'une nature différente, mais ce ne sont encore que des faits. Nous ne faisons pas autre chose encore quand nous ajoutons, d'une manière générale, que tous agissent par absorption et par sympathie, en raison de la perméabilité des tissus, perméabilité qui explique leur transmission dans toute l'économie par les vaisseaux veineux, artériels, chylifères et lymphatiques ; qu'ils ont des propriétés actives ou curatives, que celles-ci donnent lieu à des effets primitifs ou *mécanico-chimiques* secondaires ou *dynamiques ;* que les effets primitifs peuvent être confondus avec les effets actifs, que les effets secondaires ne sont qu'une conséquence des premiers, etc., etc. ; enfin, quand nous présumons que les médicaments peu solubles ou insolubles n'agissent que comme corps étrangers ; que les plus solubles doivent être absorbés les premiers ; que le sang sert de véhicule à l'expansion de ces derniers dans les tissus ; que, par suite de cette expansion, ils agissent d'abord sur les extrémités des nerfs qui se trouvent dans la paroi des vaisseaux ; puis, par l'intermédiaire du système nerveux sur les organes ou leurs appareils, sur les agents morbides, les causes délétères, etc., nous avançons des faits, rien que des faits.

Telle est l'étendue de nos connaissances sur le mode d'action des médicaments. Cette connaissance, comme on le voit, est très-bornée, très-étroite ; elle tient sans doute à l'imperfection de nos moyens d'investigation, au peu de perfectibilité de nos sens ; mais, quelle qu'en soit la cause, toujours est-il qu'on ne peut nier son existence, et qu'elle réduit singulièrement l'orgueilleuse prétention que nous avons de tout savoir, de tout expliquer. Mais, revenons à notre classification.

Si au lieu de nous attacher à savoir par quel moyen les médicaments impressionnent, modifient nos organes ; si au lieu de vouloir suivre pas à pas les actes par lesquels un émétique, par exemple, produit le vo-

missement, un purgatif des évacuations alvines, un astringent le resserrement des tissus, etc., nous nous contentons de voir, de constater les effets thérapeutiques, n'aurons-nous pas alors, dans ces effets qui sont plus ou moins sensibles, suivant qu'ils sont immédiats ou secondaires, dans ces résultats que nous pouvons observer, mesurer et juger; n'aurons-nous pas, disons-nous, des matériaux suffisants pour établir une bonne classification, surtout si, sur les effets immédiats, nous établissons les premières divisions; si, dans les effets secondaires, on néglige les nuances d'action, les modifications apportées dans la médication, soit par l'état actuel de l'organe malade, soit par l'âge, le sexe, les habitudes, le tempérament du sujet; soit encore par les localités, les habitations, le genre d'aliments et de profession, les conditions endémiques, épidémiques, atmosphériques, etc.; et si enfin, sur les effets secondaires, très-importants à constater dans la médecine pratique, mais de peu de valeur dans une classification pharmaceutique, on établit les mêmes divisions? C'est ce que nous avons fait pour une classification qui a pour point de départ les effets physiologiques ou immédiats, et les effets curatifs ou thérapeutiques des substances médicamenteuses sur l'économie animale.

Cette classification offrira sans doute de nombreuses irrégularités, de grandes imperfections; mais, telle qu'elle sera, elle pourra satisfaire, sinon aux exigences de la science, du moins aux besoins de l'art de guérir. Elle ne méritera pas, telle est notre pensée, le reproche grave qu'on a cru pouvoir lui adresser, d'être la cause première de la stérilité, de l'esprit rétrograde qui président depuis si longtemps à l'étude des médicaments; elle sera supérieure à celle qui n'admet que deux genres de médicaments, *les hypersthénisants*, ou ceux qui élèvent la vitalité au-dessus du type normal, et *les hyposthénisants*, ou ceux qui agissent en sens inverse. Il est évident, en effet, que dans notre économie malade il y a, sinon toujours, du moins dans la très grande majorité des cas, autre chose à faire qu'à combattre une surexcitation ou une atonie, soit générale, soit locale. Toutefois, examinons quelques-uns des défauts qui ont été signalés dans le mode de classement des médicaments; nous ne dirons plus, *d'après le mode d'action*, car cette expression est fausse et impropre, mais *d'après leurs effets physiologiques et thérapeutiques*; voyons si ces défauts sont aussi sérieux qu'ils le paraissent, et si, ces défauts existant, quelques avantages ne les rachètent pas. Ce sera le sujet d'un second et dernier article.

F. Foy.

SUR LA PRÉPARATION DU SIROP DE SAPONAIRE.

On sait qu'on trouve dans la pharmacopée de Guibourt une formule pour le sirop de saponaire, formule qui consiste à prendre :

Saponaire.	62	grammes.
Eau bouillante.	1,000	id.

A faire infuser et passer au bout de douze heures, à ajouter :

Sucre blanc.	1,000	grammes.

Puis à faire cuire de manière à amener le sirop à 30°.

M. Cousseran, pharmacien à Toulouse, croyant qu'il n'y avait dans aucun ouvrage de pharmacologie de formule pour la préparation de ce sirop, s'est occupé des moyens à mettre en pratique pour l'obtenir. Après s'être convaincu, par plusieurs essais et expériences, que la racine de saponaire officinale récoltée avant la floraison était la partie de cette plante qui contenait le plus du principe le plus actif de ce végétal, il a proposé le mode de préparation suivant :

1° *Extrait alcoolique de racine de saponaire.*

Prenez :	Racine de saponaire récoltée avant la floraison de la plante et réduite en poudre grossière. .	1,000	grammes.
	Alcool à 21° (Cartier).	6,500	id.

Faites macérer pendant vingt-quatre heures la racine dans 4 kilog. d'alcool ; portez à l'ébullition et filtrez bouillant. Soumettez de nouveau le marc à l'action de 2 kilog. d'alcool à la même température ; placez le tout sur un filtre ; projetez-y par portions les 500 grammes d'alcool restant, et exprimez à l'aide d'une forte presse.

Les liqueurs filtrées doivent être ensuite soumises à la distillation au bain-marie, pour en retirer la plus grande partie de l'alcool, et le résidu, évaporé à la même température, doit être desséché à l'étuve pour obtenir un extrait sec.

2° *Sirop de saponaire.*

Prenez :	Sirop de sucre.	60	grammes.
	Extrait alcoolique de saponaire.	1,000	id.
	Eau distillée.	120	id.

Faites dissoudre l'extrait dans l'eau, filtrez et ajoutez au sirop prescrit, préalablement concentré, jusqu'à 900 gram., pour être ramené à 1,000 grammes par l'addition de la solution extractive.

L'auteur, ayant obtenu de 240 à 250 grammes d'extrait par kilogramme de racine, a cru devoir fixer les proportions à 60 grammes

d'extrait par chaque kilogramme de sirop ; de manière que cette quantité représente 250 grammes de racine, ou qu'une cuillerée de sirop renferme la matière extractive et médicamenteuse de 7 à 8 grammes (2 gros environ) de racine.

SUR LA SUBSTITUTION D'UN PRODUIT SUCRÉ A LA MANNE.

M. Ménier a signalé, il y a quelque temps, à la Société de Pharmacie, un produit qu'on a tenté d'introduire dans le commerce sous le nom de manne, et qui a, en effet, l'aspect des débris de manne en larmes, mais qui n'en contient pas la plus minime quantité ; l'odeur caractéristique lui manque, et sa saveur est celle du sucre légèrement caramélisé ; sa solution dans l'eau est claire, tandis que celle de la plus belle manne est toujours un peu louche.

Traité par l'alcool bouillant, il n'a pas laissé déposer la moindre quantité de mannite, mais seulement une matière sirupeuse.

Il a subi la fermentation en ne laissant que très-peu de résidu ; cette circonstance et la présence du sulfate de chaux qu'il contient ont paru démontrer à M. Ménier que cette fausse manne avait été fabriquée avec du sucre de fécule.

FORMULE POUR LA PRÉPARATION DU SIROP DES QUATRE FRUITS.

M. Émile Mouchon, pharmacien à Lyon, propose la formule suivante pour la préparation du sirop des quatre fruits, fort usité dans le pays qu'il habite. Prenez : cerises aigres, fraises, framboises, de chaque parties égales. On prive les cerises de leurs noyaux, on réunit les quatre fruits dans une terrine, on les écrase avec soin, on ajoute aux quatre fruits un cinquième de vin de bonne qualité, on porte la terrine à la cave ; après vingt-quatre heures de séjour, on soumet à la presse, on filtre le vin obtenu par la pression, et on fait dissoudre dans ce produit, à l'aide de la chaleur du bain-marie, en se servant d'un ballon, du sucre blanc en poudre grossière, dans la proportion de 956 grammes de sucre pour 500 de vin filtré ; on termine le sirop et on le couserve dans des bouteilles bien bouchées.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR UN CAS D'OTITE ET D'OTORRHÉE AYANT PRÉSENTÉ DES SYMPTOMES INSOLITES.

On lit dans le *Bulletin de thérapeutique*, tome XIV, page 336, d'excellentes considérations sur les diverses otorrhées. Après quelques judicieuses remarques sur cette grave maladie, on en annonce quatre espèces : la critique, la constitutionnelle, la primitive, due à la lésion locale de quelque organe céphalique, ou seulement de l'oreille, ou bien des deux simultanément. Il n'est rien dit de la quatrième espèce : à moins qu'on ait entendu différencier la troisième en celle dont le siége primitif est dans le cerveau ou ses enveloppes, et celle dans laquelle la maladie a son siége dans l'oreille même. Cette dernière espèce, quoique pouvant faire courir des dangers, est bien moins redoutable cependant que celles dans lesquelles les organes encéphaliques sont le point de départ, ou qu'ils concourent secondairement à la maladie. En voici un exemple qui a été accompagné d'accidents qui pouvaient faire douter de la guérison; il est bon de les connaître, pour rendre circonspect dans le pronostic de ces affections.

M. S., chef de bataillon sous l'empire, âgé d'environ soixante ans, fut atteint d'une pleuro-pneumonie à gauche. Il souffrait en même temps de l'intérieur de l'oreille du même côté ; mais cette deuxième affection fut à peine sentie, tant elle était dominée par celle du thorax. Le traitement anti-phlogistique général mit fin, dans peu de jours, à tous les accidents pleuro-pneumoniques.

Aussitôt, M. S. sentit s'accroître les souffrances de l'oreille : elles donnèrent lieu, pendant plusieurs jours, à de la fièvre, à de l'insomnie et à tout ce qu'une virulente otite a de plus douloureux. La membrane qui tapisse le conduit auditif externe se montrait rouge et épaissie. Il n'y avait plus possibilité de faire des saignées d'aucune espèce, à cause de celles qui avaient été pratiquées, en bon nombre, dans la maladie précédente. On eut recours aux injections, aux fumigations, aux cataplasmes émollients, aux boissons rafraîchissantes et minoratives, ainsi qu'aux pédiluves sinapisés ; tout cela n'empêcha pas qu'un écoulement abondant, séro-purulent et inodore, ne se fît par le conduit de l'oreille. Il y eut alors diminution des douleurs, toutefois, elles se réveillèrent deux jours après, lancinantes à des intervalles plus ou moins longs, avec un bourdonnement continuel de l'oreille malade seulement, qui fatiguaient singulièrement M. S. Cet état se maintint pendant plus de deux mois. A cette époque les douleurs et le bourdon-

nement avaient cessé; très-peu d'écoulement existait encore; mais il était épais, blanc et de nature à faire pressentir sa terminaison prochaine. La membrane du méat auditif était également près de son état normal.

M. S. se croyant guéri, se fit couper les cheveux, monta à cheval, par un soleil très-chaud, pour se rendre à sa campagne, éloignée de deux fortes lieues. C'était le 18 novembre. Impatient et naturellement vif, il se livra à quelques travaux domestiques. Rentré en ville le soir même, il ressentit quelques élancements dans l'oreille ainsi que du bourdonnement. Déjà l'écoulement était redevenu séreux et plus abondant. Le 19, l'inquiétude, l'agitation et l'insomnie étaient au nombre des symptômes. Le 20, il y eut décroissement dans tous les accidents. Sa douleur s'étendit à toute la moitié gauche de la tête. Le pavillon de l'oreille était tuméfié, rouge et douloureux; les téguments de la région mastoïdienne se gonflèrent aussi, mais sans douleur, pas même à la pression. — Application de sangsues en nombre suffisant, fumigations, injections et cataplasmes émollients, pédiluves sinapisés, boissons rafraîchissantes et bols purgatifs. — Une rougeur profonde et violacée se manifesta dans toute la moitié inférieure et latérale du cou, pendant que la région mastoïdienne montrait un gonflement œdémateux. Bientôt après, on vit se développer une tumeur oblongue et dure, prenant naissance vers la rainure mastoïdienne, sans douleurs lancinantes ni pulsatives : elle s'allongeait chaque jour davantage, par sa partie inférieure, en suivant la direction du muscle sterno-mastoïdien. — Le 24 novembre, deux autres médecins furent appelés : ils jugèrent la maladie très-grave, d'une issue fort douteuse, et maintinrent le traitement en usage. En peu de jours la tumeur fit de rapides progrès : grosse et très-dure, son extrémité inférieure couvrait une portion de la trachée-artère. Cependant, un peu plus tard, un petit point de fluctuation se fit sentir vers le milieu de sa longueur. Une lancette y fut plongée; mais trompé par l'épaisseur et la dureté tétanique du muscle sterno-mastoïdien qu'il fallait traverser, l'instrument pénétra à peine dans le foyer, ce que nous fit connaître la sortie de quelques gouttes de pus sanguinolent; l'opposition absolue du malade nous empêcha d'agrandir l'ouverture. Toutefois, au bout de deux jours elle acquit assez d'étendue pour permettre le libre écoulement de la matière. Nous ne tardâmes pas à nous apercevoir qu'il y avait communication du foyer avec le méat auditif, par la possibilité d'y faire refluer le pus, et parce que toutes les fois que, dans l'intervalle des pansements, il éprouvait quelque obstacle à s'échapper par la plaie, l'oreille en fournissait une bien plus grande quantité; mais il nous fut toujours impossible de dé-

couvrir le point de communication. Depuis l'ouverture jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur, il y avait une étendue de deux pouces. Mais il n'y avait pas moyen de faire une contre-ouverture, les sondes se dirigeant toutes dans la profondeur du cou, vers le larynx. Dès-lors nous prîmes le parti de diviser toute cette portion de la tumeur, à l'aide d'une sonde cannelée et d'un bistouri droit.

Ce procédé nous servit à merveille, car depuis que la matière ne séjourna plus, qu'elle s'écoula entièrement par la plaie, le conduit auditif cessa graduellement d'en fournir, et le 23 décembre il n'y avait qu'un léger suintement par le méat. Le pavillon avait également diminué et semblait vouloir reprendre son état naturel. La partie du cou inférieure à la plaie, se montrait saine. Mais le dessus, et toute la région mastoïdienne, ne donnaient pas la même satisfaction; ses téguments y étaient minces, luisants et d'une couleur d'érysipèle violacé; ses parties sous-jacentes étaient engorgées; l'apophyse mastoïde n'offrait au toucher qu'une très-faible saillie, soit à cause de l'engorgement, soit qu'ayant participé à la maladie, elle se fût affaissée. La plaie était excavée et ses chairs mauvaises; la suppuration, toujours séro-sanguinolente, coulait en abondance. Cependant, les élancements et les douleurs avaient cessé, les bourdonnements seuls se faisaient encore sentir par intervalles.

Le 31 décembre, M. S. était dans l'état le plus satisfaisant, et tout faisait espérer une prochaine guérison, lorsque tout à coup, de la douleur, de la rougeur et des élancements se manifestèrent vers la partie écailleuse du temporal, un peu en avant de l'apophyse mastoïde, et une tumeur s'y développa presque en même temps. L'intensité de ces nouveaux accidents nécessita un traitement anti-phlogistique local. Le pus se fit jour par le conduit auditif, et la tumeur disparut aussitôt. Tous les autres symptômes s'amoindrirent graduellement et disparurent, hors l'otorrhée qui persista.

Terminés sur ce point, les accidents se réveillèrent du côté du cou : la plaie s'enflamma, elle acquit beaucoup de profondeur, de même qu'un mauvais caractère; ses bords, ainsi que les téguments de toute la circonférence devinrent rouges et douloureux, de manière à rendre insupportable le contact d'une mèche. L'otorrhée discontinua complètement. Les parties situées au-dessous de la plaie étaient rouges et tuméfiées. L'extrémité inférieure du muscle sterno-mastoïdien, jusqu'à la clavicule, était grosse, dure, mais indolore, même à la pression.

Les topiques émollients et adoucissants ramenèrent lentement le calme, et à la fin de janvier, tout paraissait disposé à une cure réelle.

Néanmoins, la plaie, quoique dans un très-bel état, avait un demi-

pouce de long sur plus de deux de profondeur. Nous y plaçâmes quelques pois pour en former un exutoire, dans l'intention de hâter la résolution du muscle sterno-mastoïdien resté gros et dur. Nous ne pûmes réussir, à cause de la difficulté de maintenir les pois, et la cicatrice se fit sans renouvellement d'accidents : mais M. S. fut dans l'obligation de tenir sa tête bien enveloppée pour la garantir du contact de l'air, qui le faisait souffrir.

Cinq mois plus tard, à la fin de juin, il fut contraint d'entreprendre un long voyage : une cause morale, la fatigue, le manque de sommeil pendant plusieurs nuits, et plus particulièrement, peut-être, l'action de l'air froid, rétablirent un moment les douleurs, avec une telle intensité, qu'elles firent croire à une recrudescence de l'affection. Elles se calmèrent cependant et disparurent sans retour.

Quatre années se sont écoulées sans récidive. Toutefois, les parties qui ont souffert, restent toujours vivement impressionnables à l'action d'un air un peu froid, ce qui oblige M. S. à se précautionner contre ce pénible inconvénient.

Cette observation donne lieu à une importante remarque. Deux affections naissent en même temps : une pleuro-pneumonie et une otite; la première plus grave, plus avancée, résulta, peut-être, de causes plus directes. Celle-ci, affectant des organes plus essentiels, se développe instantanément et nécessite une thérapeutique prompte et très-active, tandis que la deuxième, à peine sentie, n'attire point l'attention du médecin et reste indifférente au malade : *vehementior obscurat alterum;* l'otite se tient comme en incubation.

Un traitement énergique triomphe en peu de jours de la pleuro-pneumonie; aussitôt l'otite s'annonce partout avec son douloureux cortége, sans que le traitement de celle-là ait en rien modifié la marche de celle-ci. Les émissions sanguines n'étant plus possibles pour avoir été peu ménagées dans la première affection, on se borne à des topiques, à des révulsifs cutanés et intestinaux, ce qui n'empêche pas l'otorrhée de s'établir : elle parcourt lentement ses périodes, et il faut plus de deux mois pour parvenir au terme d'une guérison presque complète. — Si, lors du traitement de la pleuro-pneumonie, on eût dirigé quelques moyens contre l'otite, si on eût pratiqué quelques émissions sanguines locales, il est probable que l'on eût guéri les deux affections à la fois. Mais qui se fût attendu à cette succession de maladies sur des indices si légers, que le malade lui-même n'y attachait aucune importance?

Il y a recrudescence de la maladie par suite de la coupe des cheveux, et il se développe une série d'accidents d'une gravité telle, que l'existence du malade peut être compromise. Il n'y aurait certainement pas

eu de récidive, si M. S. avait donné plus de temps à la convalescence de l'otorrhée.

GALIAY. D.-M.,
à Tarbes (Hautes-Pyrénées).

DES VACCINATIONS. — PROCÉDÉ AUXILIAIRE AU MOYEN DES VENTOUSES SÈCHES, POUR FACILITER LEUR RÉUSSITE.

Les insuccès des vaccinations reconnaissent un bon nombre de causes, parmi lesquelles nous signalerons ici le mauvais état de la peau comme cause très-commune pour ce qui a rapport à l'individu. En effet, combien de fois n'a-t-on pas remarqué que, chez ces sujets à épiderme desséché, aride et pour ainsi dire écailleux, les vaccinations les plus minutieusement tentées restaient infructueuses. Pour notre compte, en qualité de vaccinateur dans un hôpital, nous avons pu nous convaincre de l'exactitude de la proposition émise; nous avons souvent constaté ces états vicieux de la peau qui nous mettaient dans la nécessité de revacciner plusieurs fois et assez souvent même sans plus de résultat.

Depuis longtemps, nous avons rencontré de ces cas rebelles où les mêmes circonstances individuelles existaient; où les frictions sèches, stimulantes, et autres soins analogues étaient aussi employés inutilement. Ce fut pour nous l'occasion de chercher un moyen capable de modifier ces états mauvais de la peau; ces recherches nous ont conduit à l'application de petites ventouses sèches sur le lieu d'action avant de revacciner. Cette simple précaution nous a suffi dans des cas où l'on avait revacciné pour la seconde et même pour la troisième fois sans succès. Notre réussite fut complète, et nous dûmes communiquer nos faits au comité de vaccine. C'est donc après avoir essayé ce moyen auxiliaire sur une plus grande échelle que nous en donnons connaissance à nos confrères, bien convaincu que nous sommes des services qu'il peut rendre aux vaccinateurs. Or, pour éviter les vaccinations infructueuses par suite du peu de vitalité de la peau, de sa flaccidité ou de sa sécheresse, etc., on n'a pas de plus puissant, de plus efficace modificateur que *l'application préalable d'une ou deux petites ventouses sèches* sur la région destinée à recevoir le virus vaccin.

On a pu remarquer que cet état de la peau est chose commune chez les enfants de la classe indigente, êtres débiles dont la langueur dans les fonctions est comme un cachet spécial de leur constitution. J'ajouterai une petite remarque, c'est qu'il ne faut pas s'arrêter à la crainte chimérique de voir s'écouler trop de sang à la suite de la petite piqûre, pratiquée après la ventouse qui aura déterminé un plus grand afflux

de ce liquide vers la peau, cela n'arrive jamais. Du reste, je répète aux vaccinateurs que les ventouses sèches ne constituent un moyen efficace dans les circonstances individuelles que nous avons fait connaître.

Hulard, D.-M.,
à Rouen.

UN MOT SUR LES PROPRIÉTÉS ANTI-FÉBRIFUGES DES PILULES DE POUDRE D'ARACHNE.

En examinant attentivement les diverses phases que la thérapeutique a subies depuis les premiers âges de la médecine jusqu'à nos jours, on est parfaitement convaincu que peu de substances, soit dans le règne végétal, soit dans le règne animal, sont restées sans être soumises au contrôle de l'observation, et sans avoir pris rang dans la matière médicale; mais à mesure que la science a progressé, l'expérience a fait justice de ces formules longues et fastidieuses qui se contredisaient par es différentes substances qui entraient dans leur composition. Les progrès de la science n'ont pu réagir sur la médecine populaire. S'il nous fallait rechercher les bases de cette médecine populaire, nous les trouverions dans la médecine elle-même. En effet, toutes les substances que le peuple emploie journellement ont été reconnues utiles par la thérapeutique. Aussi les préjugés populaires en médecine ont-ils presque toujours pour point de départ les sciences médicales.

Quoiqu'il ne faille accepter qu'avec une certaine réserve ces médicaments adoptés par le peuple, cependant il est arrivé bien souvent que c'est là que l'on a trouvé des remèdes essentiellement utiles, je n'en veux qu'une preuve dans l'emploi du seigle ergoté. Avant que M. Desgranges, de Lyon, eût indiqué ses propriétés, depuis combien de temps n'était-il pas employé dans les campagnes? quelques matrones ne gardaient-elles pas ce médicament comme un secret? Il nous serait facile de prouver que beaucoup de remèdes réellement actifs et utiles ont commencé par être expérimentés par le peuple, et que c'est là que les premières observations tant thérapeutiques que médicales ont été faites. Qu'on réfléchisse aux anciens temples de la Grèce et à la pratique des Égyptiens, on sera convaincu de la valeur de cette proposition.

De toutes les maladies qui concourent à former les cadres nosologiques, il en est peu qui aient autant exercé la sagacité des observateurs que les fièvres à type régulier; on sait à quel résultat ou abouti leurs recherches, puisque leur nature est aussi obscure qu'avant

l'introduction en médecine du quinquina. Il en est de même pour sa thérapeutique. En compulsant les auteurs anciens et modernes, on voit que l'on indique des remèdes à l'infini pour la guérison des fièvres intermittentes. C'est surtout dans la médecine populaire qu'il faut rechercher cet assemblage monstrueux de médicaments extraordinaires et empiriques. Ainsi les paysans de nos campagnes, avant d'en venir à l'usage du sulfate de quinine, sont presque tous allés se prosterner devant des saints, comme autrefois on allait dans le temple de Delphes et de Cos; ils se couvrent le corps d'amulettes, tandis que d'autres fois ils boiront de l'eau d'une source qui coule du nord au midi, et avant le lever du soleil; dans d'autres circonstances, c'est de l'eau sur laquelle on aura fait abreuver un cheval, le suc de persil, les coquilles d'œufs, l'intuition, comme je l'ai vu employer chez un paysan qui, ennuyé de médicaments rationnels, ne rougit pas de se la faire pratiquer. Il nous serait facile d'augmenter le nombre de ces moyens; mais un de ces remèdes empiriques auxquels je déclare avoir reconnu de l'efficacité, ce sont les pilules de poudre d'arachne ou toiles d'araignées.

Depuis longtemps les toiles d'araignées ont servi dans la thérapeutique populaire; cependant, en consultant les auteurs anciens, on trouve que Dioscoride, p. 24, et Mathiole, p. 64, les ont considérées comme utiles et efficaces dans le traitement des fièvres à type régulier. Les autres auteurs se sont tus sur leurs propriétés; Cullen, Chomel, Swediaur, etc., et même Hippolyte Cloquet, les ont considérées comme de peu d'importance. L'observation journalière est venue nous montrer qu'ils avaient porté un jugement trop sévère sur ce médicament comme sur beaucoup d'autres qui auraient leur utilité dans la thérapeutique des campagnes.

Les toiles d'araignées que l'on emploie le plus efficacement sont celles que l'on trouve dans les boulangeries, et pour les administrer il suffit d'en faire des pilules de 20 à 25 centigrammes, et d'en administrer trois ou quatre avant l'heure présumée de la fièvre : on agit ainsi pendant trois jours. Nous avons vu, sous l'influence de ce médicament, des fièvres intermittentes, rebelles à toute espèce de médication rationnelle céder empiriquement à ce moyen.

Une femme de vingt-deux ans, d'un tempérament nerveux, sanguin, avait, depuis dix-huit mois, une fièvre intermittente qui avait pris toutes les formes, tantôt quotidienne, tantôt tierce et quarte. Les moyens ordinaires avaient été employés sans obtenir de résultats durables. Après chaque administration de sulfate de quinine, la fièvre disparaissait, et quoique l'effet de ce médicament fût secondé par les amers, la fièvre apparaissait dans un temps très-court sans cause ap-

préciable; ennuyée de prendre des médicaments que l'expérience semble avoir sanctionnés, elle se confia à quelques matrones qui l'engagèrent à prendre des boules de toiles d'araignées pendant trois jours de suite, et de la manière que nous avons indiquée; la fièvre disparut. Comme nous étions au mois de mai, nous crûmes qu'il fallait autant tenir compte de la saison que de l'influence du médicament.

Malgré les recherches de plusieurs physiologistes qui ont voulu localiser la fièvre intermittente, elle n'en est pas moins encore placée dans les cadres des affections nerveuses. D'après cela, n'est-il pas permis de croire que, dans cette circonstance, le dégoût que doit inspirer le médicament a été suffisant pour agir sur l'ensemble de la sensibilité et modifier l'état nerveux. Comme personne n'ignore l'influenee du physique sur le moral, je signale ces réflexions sans y ajouter une très-grande importance, puisque les faits suivants sont venus me prouver le contraire.

Une paysanne à sensibilité obtuse, et peu impressionnable, tant par son genre de vie que par sa position sociale, est atteinte d'une fièvre tierce. Ce n'est pas d'abord au sulfate de quinine qu'elle a recours, mais aux moyens empiriques. Depuis deux mois sous l'influence de cette fièvre, elle se décida à prendre quatre décigrammes de sulfate de quinine qui sont suffisants pour faire disparaître la fièvre; comme elle met de côté les précautions hygiéniques, la fièvre ne tarde pas à apparaître; elle se sert du même moyen et avec le même avantage. Enfin, elle est atteinte une troisième fois de la fièvre. Il existe dans les campagnes un très-grand préjugé contre le sulfate de quinine, et pour pouvoir l'administrer il faut tromper l'attention des malades. La plupart du temps l'effet de cet anti-périodique n'est que temporaire, et, quoique voilà près de vingt ans qu'il est dans le domaine de la thérapeutique, sa manière d'agir a été fort peu étudiée.

Elle fit usage de toiles d'araignées et sa fièvre disparut pour toujours.

Parmi les nombreux remèdes qui ont été portés comme anti-fébrifuges, beaucoup ne doivent cette propriété que parce qu'ils ont été administrés à une époque où la fièvre était à son déclin, et que ce que l'on considérait comme l'effet du médicament n'était très-souvent que l'œuvre de la nature. Je ne sais pas si on doit appliquer ces réflexions dans cette circonstance; tout ce que l'on peut dire, c'est que les remèdes ordinaires, dans cette observation, ont été sans résultat, et que, sous l'influence de l'administration de ce médicament empirique, la fièvre a disparu; ce n'est ni dans la sensibilité, ni dans l'impressionabilité qu'il faut en rechercher la cause et l'effet.

Un enfant de sept à huit ans a des accès de fièvre tierce, sa mère lui administre six pilules de toiles d'araignées et la fièvre disparaît.

Je ne veux pas dire, on le conçoit, que les toiles d'araignées doivent être substituées au sulfate de quinine, ce serait absurde. Mais ce que je crois utile de faire, c'est de porter l'attention des médecins et surtout des médecins de campagne sur un moyen qu'ils peuvent quelquefois utiliser, lorsque les malades se refusent à l'administration des remèdes ordinaires.

Nous ne citons que trois observations de guérison par la poudre d'arachne; mais nous pourrions beaucoup en augmenter le nombre si nous voulions rappeler les faits que nous avons vus dans la médecine populaire de nos campagnes.

Beaucoup d'esprits sévères se refuseront à reconnaître de l'efficacité aux toiles d'araignées; ils auront tort, car les moyens, quelque bizarres qu'ils soient, ne doivent pas être dédaignés s'ils ont un degré réel d'utilité. L'observation de chaque jour ne nous indique-t-elle pas que nous nous servons de médicaments de l'action desquels nous ne pouvons nous rendre un compte exact et précis? En médecine, les raisonnements les plus subtils et les plus rationnels se taisent devant les faits; aussi Frédéric Hoffmann a-t-il formulé les sciences médicales dans cet axiome toujours vrai : *ars medica tota est in observationibus.*

DASSIT, D.-M.,
à Confolens (Charente).

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de la Pitié, par J. Lisfranc, chirurgien en chef de cet hôpital, etc., 2 vol. in-8°. (1er volume.)

Si la simplicité même des questions qui ressortissent du domaine de la chirurgie, a permis à cette science d'atteindre sur beaucoup de points à une perfection de diagnostic et souvent de thérapeutique, à laquelle la médecine est loin d'être parvenue, il faut aussi reconnaître que beaucoup de chirurgiens, et je dis parmi ceux qui tiennent le premier rang, ont trouvé dans cette simplicité même de l'objet de leur art une véritable pierre d'achoppement. Concentrant leur attention sur les lésions qui tombent sous l'intuition directe des sens, leur intelligence ne cherche rien au delà de ces lésions. Aussi les idées doctrinales, qui appartiennent à la chirurgie proprement dite, sont-elles fort peu nombreuses, et

tous les efforts de la science, toutes les tentatives faites dans tous les temps et surtout de nos jours, dans la vue d'en reculer les limites, se bornent-ils au perfectionnement du mécanisme de l'art. C'est là, sans contredit, un des points les plus importants de la chirurgie, et le mécanisme des opérations ne saurait trop fixer l'attention des praticiens; mais il est également certain que, tant que l'homme sera constitué par un ensemble de parties liées entre elles par les rapports les plus intimes, tant que l'unité de vie rendra solidaires les unes des autres toutes les fonctions de l'organisme vivant, une branche quelconque de l'anthropologie ne pourra faire abstraction de ces conditions fondamentales. Ces réflexions seront comprises de tous ceux qui, possédant des connaissances suffisantes en physiologie et en pathologie médicales, ont suivi avec quelque persévérance la pratique de quelques-uns de nos plus habiles opérateurs; là, on ne fait presque jamais que du diagnostic local, et nous pourrions citer tel chirurgien qui ne tâte point le pouls de ses malades vingt fois par an. Cela est sans doute bien déplorable; et l'on conçoit que toute l'habileté de la main ne peut compenser les conséquences funestes d'un tel oubli de la médecine.

Dans notre pensée, si le chirurgien de la Pitié l'emporte sur plusieurs de ses collègues, il doit surtout cette supériorité à ce qu'il a parfaitement compris les secours que la chirurgie peut emprunter à la médecine pour assurer sa marche. C'est là, tout le monde le reconnaît, le caractère principal de la pratique de M. Lisfranc; c'est là aussi ce qui distingue éminemment le premier volume de la *Clinique*, que nous avons en ce moment sous les yeux. Toutes les parties de cet important ouvrage portent l'empreinte de ce caractère. Nous pourrions choisir au hasard un des nombreux et intéressants articles qui composent cet ouvrage, et là, partout, on verrait se multiplier les preuves de la proposition que nous venons d'avancer. Qu'on médite, par exemple, les excellents préceptes que M. Lisfranc développe à propos de la saignée générale, de la saignée révulsive, de l'application des sangsues suivant les localités, et tout le monde reconnaîtra comme nous, nous en sommes sûr, qu'on chercherait vainement dans les ouvrages de nos plus habiles chirurgiens des solutions aussi nettes sur ces importantes questions. L'article relatif au cancer appelle les mêmes remarques et mérite les mêmes éloges. C'est ici surtout que la plupart des chirurgiens modernes fatiguent, par l'étroitesse des vues dans lesquelles ils se renferment, quiconque a quelque peu médité sur la science de la vie. Nous savons combien sont nombreuses et réelles les difficultés qui entourent un tel sujet; nous savons bien que la physiologie pathologique la plus avancée est loin d'avoir saisi le caractère de cette déviation de la vie normale, sous l'in-

fluence de laquelle les tissus se cancérisent; mais, à défaut d'une théorie qui donne la raison de cette transformation funeste, l'expérience a montré qu'en soumettant l'organisme à certaines modifications profondes, prolongées, on combat quelquefois heureusement ce vice inconnu, cette diathèse dangereuse qui fait dégénérer d'une manière funeste telle ou telle lésion, on reproduit le mal local que l'instrument tranchant peut bien supprimer, mais sur la cause duquel il n'a nulle action. Sur ce point de pratique, comme sur beaucoup d'autres, M. le professeur Lisfranc émet des idées qui montrent toute la sagacité de son intelligence, et expliquent pour nous le bonheur de la pratique. Pour lui, quand un cancer est enlevé, et que la cicatrisation de la plaie est obtenue, il n'est point temps encore de monter au capitole et de remercier les dieux. Il n'y a que les hommes dont l'horizon intellectuel est borné qui triomphent aussi vite : le rôle du chirurgien est fini peut-être, mais celui du médecin commence. Il faut maintenant, s'il est possible, faire vivre d'une autre vie cet organisme dans lequel s'accomplissent des désordres si funestes; mais écoutons, à son tour, l'auteur lui-même :

« Vous avez débarrassé l'économie d'un cancer, mais vous n'avez rien fait pour en attaquer la cause. On le voit dans tous les auteurs, les affections morales tristes, la suppression des menstrues, du flux hémorroïdal, la rétrocession d'un exanthème cutané, etc., etc., peuvent devenir des causes efficientes ou déterminantes de la maladie. Pourquoi ne la combattrait-on point avec le plus grand soin? pourquoi aussi n'administrerait-on point à l'intérieur des médicaments qui, modifiant la vitalité de nos organes, retarderaient ou feraient peut-être disparaître les dispositions qui existent trop souvent pour reproduire l'affection cancéreuse? Ne sait-on pas que, quand elle est développée, ces médicaments, unis aux soins hygiéniques vantés par Boerrhave, en empêchent quelquefois les progrès et en ralentissent la marche, preuve évidente et incontestable de leur action sur le principe cancéreux. Je ne puis pas dissimuler l'étonnement profond dont je suis frappé, quand je songe avec quelle légèreté les anciens et la plupart des modernes ont traité ces idées; elles manquent même entièrement dans quelques ouvrages récemment publiés... Je ne cesserai de le répéter, en général les chirurgiens ne font que de la *menuiserie*, pour ainsi dire; ils ne sont point assez pénétrés des immenses avantages de l'alliance heureuse de la chirurgie et de la médecine. »

Ces dernières lignes nous transportent à l'amphithéâtre de la Pitié; sous cette forme un peu abrupte, se trouve une incontestable vérité. Courage! M. Lisfranc; prêchez hautement ces principes, car ils doivent servir de base à la véritable science chirurgicale. La main est

aveugle, comme le bistouri qu'elle dirige, dans un grand nombre de cas ; le chirurgien a tout autant besoin des notions dont la science de la vie proprement dite se compose, que le médecin lui-même, en face de telle ou telle affection interne. Est-ce que la vie de la surface du corps est différente de la vie des organes intérieurement situés? Il viendra un temps où l'on ne comprendra plus que des hommes raisonnables aient pu s'arrêter à une distinction si puérile; mais en attendant, maintenons votre expression : quiconque ne conçoit point l'alliance de la chirurgie et de la médecine, quiconque ne place point la première sous la lumière de la seconde, rabotte, équarrit, assemble, fait en un mot de la menuiserie *de pelle humaná*, de la menuiserie vivante.

Maintenant que nous avons fait connaître l'excellent esprit philosophique qui a présidé à la rédaction de l'ouvrage de M. Lisfranc, tout comme il dirige sa pratique chirurgicale, et que par-là seul, nous avons appelé l'attention générale sur une des productions les plus importantes de la presse médicale, il ne nous reste plus qu'à indiquer d'une manière succincte les sujets nombreux traités dans le premier volume de la clinique de la Pitié.

L'auteur débute par des considérations pleines d'intérêt sur la physiologie de la luette, la procidence de cet organe; l'expérience a démontré à M. Lisfranc que certaines angines chroniques, certaines aphonies sont entretenues par le prolapsus de cet organe; l'amputation est, dans ces cas, le seul moyen rationnel de mettre fin à ces états morbides. Viennent ensuite d'importantes remarques pratiques sur les fractures et leur traitement; il signale les dangers de placer trop tôt le premier appareil; dans certains cas de fracture compliquée, il ne le pose qu'après le cinquième ou le sixième jour; il se borne jusque-là à maintenir le membre immobile. Les principes les plus importants qu'il établit sur la matière, ce sont d'évacuer le pus à mesure qu'il est sécrété, de faire cesser la diète pendant cette sécrétion purulente, afin que le malade ne vive pas de sa propre substance, et pour éviter la rétorption purulente; il veut qu'on respecte les esquilles quand elles tiennent aux parties molles et qu'elles ont un certain volume. Le chirurgien examine ensuite les divers moyens de contention et se montre peu favorable à l'appareil inamovible. Nous ne saurions trop appeler l'attention sur le chapitre important où il est question des cancers superficiels que l'on croyait profonds; ce sujet est traité de main de maître. Ici M. Lisfranc a rendu un véritable service à l'humanité; il a montré que dans certains organes frappés de cancer, et que jusqu'à lui on emportait en totalité, il arrive souvent que la dégénérescence morbide s'arrête à la surface de l'organe, et qu'il suffit d'enlever les portions dégénérées. Grâce à cette

lumineuse distinction, l'organe et la fonction peuvent, dans quelques cas, être conservés. L'entorse, la pustule maligne, la ligature des artères, la nécrose, la carie, l'esthiomène, l'ulcère atonique, les tumeurs blanches des articulations, etc., sont autant de questions, ou que l'auteur a traitées à fond, ou sur lesquelles il se borne à des remarques plus ou moins étendues, mais toujours profondes, et allant toujours droit à la pratique. Quelques chapitres se détachent ensuite de cet ensemble dans lequel nous regrettons de ne voir régner aucun ordre systématique, qu'il était difficile d'établir peut-être; cela était possible pourtant. Ces chapitres sont à peu près exclusivement consacrés à la discussion de quelques grandes questions thérapeutiques. Nous avons, sous ce rapport, distingué ceux où sont exposées les règles générales pour l'amputation et l'extirpation des tumeurs, et les préceptes généraux pour les désarticulations. Dans ces graves questions, on sait que M. Lisfranc a émis des idées dont quelques-unes ont forcé l'assentiment des hommes qui lui furent d'abord les plus hostiles, et dont les autres ont peut-être encore besoin d'être mûries par le temps; mais c'est dans le livre dont nous parlons, que ces idées ont été exposées pour la première fois dans leur ensemble ; c'est donc là qu'il faut aller les chercher. Nous regrettons que la longueur de cette notice nous empêche nous-mêmes d'examiner ces questions, peut-être aurions-nous trouvé çà et là quelques idées à combattre, ce qui eût tempéré l'éloge sans restriction que nous avons donné à la clinique chirurgicale de la Pitié. Mais quand il s'agit d'un ouvrage aussi remarquable, et qu'il serait si heureux de voir dans la bibliothèque de tous les hommes de l'art, il ne devrait pas même être permis de laisser pressentir un seul mot de critique. Ce premier volume fera attendre avec impatience le second, pour lequel, sans doute, l'auteur a réservé ses beaux mémoires sur les amputations en particulier et sur les maladies de l'utérus.

La médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion, par J.-B. F. Descuret, *docteur en médecine*

Il est peu de philosophes qui n'aient compris l'alliance étroite de la médecine avec la philosophie, soit que celle-ci s'occupe simplement de morale, soit qu'elle s'élève jusqu'à l'analyse de l'entendement humain. Malheureusement, les médecins ont le plus souvent mal conçu ce rapport, et leurs travaux n'ont apporté à la philosophie qu'un secours douteux : ou bien ils ont nié une partie essentielle de l'individualité humaine, faisant consister tout l'homme dans le jeu d'un organisme

vivant, et alors philosophes et médecins ne se sont plus entendus ; ou bien ils ont admis la réalité du principe immatériel ; mais perdant de vue presque immédiatement ce principe dans leurs études, l'homme s'est encore trouvé mutilé entre leurs mains, et la philosophie a été également privée des lumières que les sciences médicales devaient jeter sur l'objet de ses recherches. M. le docteur Descuret, dans son livre de la médecine des passions, n'envisage point dogmatiquement la question de l'existence de l'âme ; mais médecin spiritualiste, médecin chrétien, il croit devoir tout d'abord se prononcer catégoriquement sur ce point : « L'âme est, pour lui, l'être invisible, que le corps de l'homme révèle, comme Dieu est l'être invisible, que l'univers publie. » Toute physiologie en effet qui ne pose point ce principe dans ses prolégomènes aboutit nécessairement à l'erreur, et cette erreur ne porte pas seulement sur la partie spéculative de la science ; elle rejaillit jusque sur la pratique elle-même, dont elle forme, dans un grand nombre de cas, les applications. Parmi ces maladies nombreuses, qui minent sourdement l'organisme, combien n'en compte-t-on pas, dont la cause réelle se trouve dans les passions violentes, qui bouleversent l'économie, ou dans ces passions contractées sans réaction extérieure, qui, comme un poison lent, vont porter le trouble dans les mouvements, les actes les plus intimes de la vie ? Or, en pareils cas, quelles sont les ressources du médecin matérialiste ? on a bientôt épuisé les moyens sérieux de la matière médicale, et le désespoir monte vite au cœur de l'homme qui souffre sans merci. Dans les cas de ce genre les plus heureux, la thérapeutique ordinaire peut pallier les effets de la passion sur l'organisme ; mais l'épine reste, et le mal se reproduit, d'une manière incessante. Le médecin au contraire qui admet que l'homme est une intelligence unie à un organisme vivant, si le commun de cette union mystérieuse lui échappe, a pu au moins étudier dans mille circonstances les phénomènes par lesquels se traduit la réaction que ces deux forces exercent l'une sur l'autre ; il peut donc faire tourner au profit de la thérapeutique cette force inconnue dans son essence, mais dont l'action sur la matière organisée est incontestable. Il en est ainsi en effet. Le médecin habile qui sait manier ce levier puissant peut, dans un certain nombre de cas d'affections morbides déterminées ou entretenues par une passion honteuse, enrayer la marche du mal et rétablir l'harmonie de la santé dans un organisme défaillant Pour arriver à ce but, il remonte jusqu'à la source même de la maladie : ici il console, il calme, il cherche à faire renaître l'espérance dans un cœur que la crainte, qu'une préoccupation triste semble spasmodiquement contracter ; là, il cherche à éveiller une passion

antagoniste, et opère ainsi une sorte de révulsion morale : en faisant ainsi passer au travers de l'économie, si nous pouvons ainsi dire, un courant d'idées, de sensations nouvelles, les fonctions organiques elles-mêmes se trouvent, à la longue, modifiées, et le rouage empêché reprend peu à peu son mouvement normal. Toutefois, dans ces cas mêmes, la médecine physique peut souvent venir en aide à la médecine morale, des accidents variés peuvent appeler l'emploi des médications ordinaires.

Mais en voilà assez de ces généralités, qui, du reste, montrent la pensée de M. le docteur Descuret par son rôle le plus pratique et à la fois le plus original ; essayons maintenant de faire concevoir, dans la gravité de son ensemble, le livre dont cette idée n'est qu'une des belles pages.

L'auteur commence par demander aux moralistes et aux médecins une définition des passions ; après avoir entendu sur ce point les réponses des philosophes les plus anciens jusqu'aux plus modernes, depuis Zénon jusqu'à Fourier, voici ce à quoi il s'arrête : « Dieu, dit-il, n'a rien fait d'inutile : l'existence des organes annonce donc l'existence de fonctions destinées tôt ou tard à entrer en exercice. » Or, toutes les fois que nos appareils sont aptes à fonctionner, nous en sommes avertis par une certaine émotion, sorte de voix intérieure qui n'est autre chose que le besoin, vraie puissance motrice du mécanisme individuel comme du mécanisme social. Le besoin une fois distingué amène bientôt le désir et la volonté la passion, qui, en dernière analyse, n'est autre chose qu'un désir immodéré ou la tyrannie d'un besoin. Tel est, suivant M. Descuret, le véritable caractère de la passion ; d'après cette vue, il croit devoir rapporter toutes les passions humaines à trois classes de besoins : 1° des besoins animaux ; 2° des besoins sociaux ; 3° des besoins intellectuels. Toutes les passions qui appartiennent à l'humaine nature et dont l'ensemble la caractérise, se rattachent à l'un de ces trois ordres de besoins. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la luxuriante énumération qu'il fait de nos mauvaises compagnonnes, comme disait Montaigne : chacun là-dessus en sait autant que lui ; nous passerons également par-dessus ce qu'il dit du siége des passions, leurs causes, bien que là partout nous trouvassions à glaner nombre de réflexions utiles ; nous arriverons de suite à ce que, par une expression heureuse, il appelle la séméiologie des passions. Ici M. Descuret prend tout ensemble pour guides et le système physiognomonique de Lavatter et le système cranologique de Gall. L'auteur n'ignore point que ces deux systèmes sont, en général, suspects aux spiritualistes ; que le dernier surtout a été à peu près universellement considéré comme l'une

des formules les plus hardies du matérialiste. Pour lui, il croit que c'est là un pur préjugé, et qu'on en reviendra quand cette théorie aura été mieux étudiée. Toutefois il n'ose point encore se prononcer sur la valeur absolue de l'idée fondamentale de Gall ; elle lui paraît probable, cela lui a suffi pour appuyer les caractères extérieurs des passions sur cette base. Quant à nous, cette question nous semble plus près d'être résolue d'une manière négative que d'une manière affirmative ; c'est pourquoi nous engageons ceux qui liraient ce livre à se tenir ici sur leurs gardes ; car la simplicité de la doctrine pourrait les séduire, et ils courraient risque, dans les applications qu'ils feraient de la science nouvelle, de prendre un Lacenaire pour un saint Vincent de Paul, ou un fou pour un grand poëte. Au reste, tout l'intérêt qui est répandu dans cet ouvrage, et qui naît à la fois d'un style constamment pur, élégant et d'une richesse de faits, d'observations qui piquent la curiosité et se fixent naturellement dans l'esprit, on le retrouve ici comme dans ce qui précède et ce qui suit. Cette première section de l'ouvrage est terminée par l'exposé rapide du traitement général des passions. Nous avons dit plus haut quels moyens l'auteur demande à la médecine pour combattre les passions ; nous n'y reviendrons point : mais la médecine n'est point seule ici à intervenir ; la religion, les lois sont aussi mises à contribution pour combattre les maladies morales. Nous sortirions du cadre de ce journal si nous suivions l'auteur dans cette direction nouvelle ; qu'il nous suffise de dire que cette partie du livre est admirablement traitée, et que par là il est ouvert à la science une voie aussi nouvelle que féconde. Nous ne saurions, en finissant, trop recommander la méditation des chapitres nombreux consacrés aux passions considérées en particulier : là surtout abondent une multitude d'observations aussi intéressantes qu'elles sont finement exposées. Il y a du Labruyère dans M. Descuret ; nous pourrions citer telle page que n'eût point désavouée cet admirable écrivain.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Expériences sur le meilleur agent de cautérisation à porter sur le col de l'utérus dans le cas d'ulcération. — L'importance pratique du résultat des expériences faites par M. Lisfranc, à la Pitié, pendant trois mois consécutifs, octobre, novembre et décembre 1841, ne peut échapper à personne. Les ulcérations simples du col de la matrice réclament la cautérisation ; par ce moyen, plus ou moins souvent répété

selon les cas, l'on fait cicatriser l'ulcération et disparaître les accidents divers dont elle était la source : c'est aujourd'hui un fait positif et parfaitement acquis à la science. Mais quel caustique porter sur l'organe? Jusqu'à présent on avait indifféremment employé, comme modificateurs, le crayon de nitrate d'argent ou le pinceau trempé dans le proto-nitrate acide de mercure; ces deux agents, en effet, amènent également la cicatrisation. Mais l'un ne doit-il pas être préféré à l'autre, celui-ci n'a-t-il pas des inconvénients que ne présente pas celui-là? Telle est la question pratique qu'a voulu juger M. Lisfranc. Or, le fait saillant qui ressort des nombreux essais comparatifs qu'il vient de faire est celui-ci : Les cautérisations avec le nitrate acide de mercure n'amènent que très-rarement à leur suite des écoulements de sang; tandis que celles pratiquées avec le nitrate d'argent déterminent assez souvent un écoulement sanguin plus ou moins considérable. Il suit de là, comme conséquence pratique, que lorsque l'ulcération du col est accompagné, comme cela se voit fréquemment, d'un certain degré d'engorgement du corps de l'utérus, d'une sorte d'état sub-inflammatoire, il ne faut pas recourir, pour la cautérisation, au nitrate d'argent, car il congestionne la matrice par la perte sanguine qu'il développe. Pour appuyer cette déduction, nous allons présenter le résumé des faits recueillis à la Pitié. On y verra que soixante-douze cautérisations du col utérin ont été pratiquées sur onze femmes atteintes d'ulcérations, et reçues dans la salle Saint-Augustin pendant le dernier trimestre de 1841. Sur ces soixante-douze cautérisations, on verra que quarante-quatre ont été pratiquées avec le crayon de nitrate d'argent et qu'elles ont donné lieu trente-et-une fois à un écoulement de sang, tandis que sur vingt-huit cautérisations avec le nitrate acide de mercure, il n'y a eu que trois fois écoulement d'un peu de sang. Voici les faits :

I. Femme couchée au n. 6, de la salle Saint-Augustin. Cautérisée neuf fois; six fois avec le nitrate de mercure et trois fois avec le nitrate d'argent. — Le sel d'argent a constamment procuré un écoulement sanguin peu abondant, il est vrai, mais qui persistait toute la journée après avoir commencé une heure environ après la cautérisation. — Le sel de mercure, une seule fois, a amené quelques gouttelettes de sang.

II. Femme couchée au n. 7, salle Saint-Augustin. Cinq cautérisations, toutes les cinq au nitrate d'argent, quatre fois écoulement sanguinolent, durant chaque fois plusieurs heures.

III. Couchée au n. 9. Trois cautérisations au nitrate d'argent. Une seule fois écoulement de sang qui a paru une demi-heure après la petite opération et a duré jusques au soir.

IV. Couchée au n. 13. Cautérisée neuf fois. Quatre fois avec le nitrate de mercure, et cinq fois avec le crayon de nitrate d'argent, trois fois légers suintements sanguinolents à la suite de cette dernière cautérisation et rien de semblable après la première.

V. Couchée au n. 15. Six cautérisations toutes au nitrate d'argent. Six fois il s'écoule du sang, une fois entre autres cet écoulement de sang est assez abondant pour, dans trois jours, nécessiter des injections d'eau froide et une saignée révulsive.

VI. Couchée au n. 16. Neuf cautérisations, dont sept au mercure. Deux de ces cautérisations ont amené quelques gouttes de sang ; quant aux deux autres, qui ont été pratiquées avec le crayon de nitrate d'argent, une seule a procuré un léger écoulement sanguin, qui, au bout de trois heures environ, avait disparu.

VII. Couchée au n. 18. Six cautérisations, toutes au sel mercuriel, toutes sans écoulement de sang.

VIII. Couchée au n. 23. Sept cautérisations au crayon de nitrate d'argent, et sept fois un écoulement sanguin qui a varié d'intensité ; il n'a jamais duré moins de cinq heures, et deux fois il a persisté jusqu'au lendemain matin.

IX. Couchée au n. 24. Cautérisée trois fois au nitrate d'argent ; une seule fois, quelques gouttes légèrement sanguinolentes.

X. Couchée au n. 25. Neuf cautérisations dont cinq au sel mercuriel, sans écoulement sanguin ; les quatre autres cautérisations, pratiquées avec le crayon de nitrate d'argent, ont amené deux fois un peu de sang.

XI. Couchée au n. 3. Six cautérisations au nitrate d'argent ; trois fois le sang a paru, mais chaque fois peu abondant.

Toutes les fois que cet écoulement sanguin s'est manifesté chez les personnes cautérisées, il a paru quelques instants après la cautérisation, une heure ou deux après tout au plus ; rarement il durait plus de trois ou quatre heures. Le plus habituellement ce sang paraissait accompagné d'écoulement blanc, surtout chez les femmes qui y étaient le plus sujettes ; deux ou trois fois seulement cet écoulement a été caractérisé par du sang presque pur. Il faut ajouter que les cautérisations mercurielles, augmentent généralement les écoulements blancs le jour où elles sont pratiquées.

Varices des membres inférieurs traitées par la cautérisation avec la pâte de Vienne. — Nous avons déjà parlé de la méthode employée par M. Bérard pour le traitement des varices. L'observation journalière

paraît de plus en plus confirmer les résultats heureux de ce procédé. Nous croyons devoir rapporter l'observation suivante, très-intéressante à beaucoup d'égards.

Le nommé Turpin (Charles), âgé de quarante-huit ans, fileur de cachemire, dont la profession exige qu'il se tienne toujours debout, est entré à l'hôpital le 8 novembre 1841. La jambe droite, qui fatigue beaucoup pour mettre en mouvement son métier, porte de nombreuses varices; la jambe gauche est saine. Le malade prétend n'avoir de varices que depuis l'âge de trente-cinq ans. Depuis trois ans, il porte habituellement des ulcères au niveau des malléoles, qui guérissent et reviennent successivement. Ce malade entra à l'hôpital dans les premiers jours de juin; les varices, à en juger par les nodosités qui en restent aujourd'hui, étaient assez volumineuses. La pâte de Vienne fut appliquée sur la face interne de la jambe au-dessous du genou; sur le trajet de la veine la plus volumineuse, une escarre de cinq centimètres de longueur, en fut la conséquence. Le caustique, composé comme on sait, de partie égale de potasse caustique et de chaux vive parfaitement bien pulvérisée, et dont on forme une pâte avec quantité suffisante d'alcool, resta appliquée pendant vingt minutes. Le malade garda le repos; il se fit une inflammation adhésive qui transforma toutes les veines variqueuses de la jambe en des cordons durs, noueux, formés par la coagulation du sang dans les veines; l'escarre se dessécha à l'air. Au bout de quelques jours, on permit au malade de se lever, et, le 20 octobre, l'oblitération paraissant définitive, le malade demanda et obtint sa sortie. L'escarre noire était encore adhérente. Le malade a pu reprendre toutes ses occupations sans voir de nouveau ses veines se gonfler. Quinze jours environ, après avoir repris son travail, l'inflammation s'empara de la veine au niveau de l'escarre, sous laquelle il se fit de la suppuration; la veine saphène, jusqu'à l'union du tiers supérieur de la cuisse, avec les deux tiers inférieurs, devint douloureuse, se gonfla, et le malade rentra à l'hôpital. Les symptômes inflammatoires furent combattus par une petite saignée du bras et le repos, la veine demeura dure et noueuse; et le 21 novembre, le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri. Plusieurs autres malades sont encore en traitement par ce procédé, et aucun accident ne se manifeste.

Nous pourrions rapporter ici plusieurs observations qui prouveraient incontestablement que par la cautérisation, comme par les autres moyens, on peut obtenir l'oblitération des veines. Incontestablement ce procédé paraît avoir l'avantage de détruire une plus grande étendue de la veine et de rendre impossible le retour de la circulation dans cette partie du vaisseau qui est détruite et que doit comprendre

l'escarre; mais ce moyen, pas plus que les autres, ne met à l'abri les malades de la production de nouvelles varices, au moyen du développement des veinules voisines qui prennent de l'accroissement, sans compter que beaucoup de veines dans lesquelles il s'était fait un coagulum sanguin, qui les avait momentanément oblitérées, finissent par redevenir perméables et en même temps variqueuses. Ce qui rend aujourd'hui encore l'utilité des opérations pratiquées pour la cure radicale des varices, au moins quelque peu problématique.

Quoi qu'il en soit, cette observation montre que le travail d'élimination d'une escarre n'est pas toujours aigu, et que, dans quelques cas, les portions mortifiées se dessèchent et restent adhérentes aux parties sous-jacentes pendant plusieurs mois; qu'une inflammation veineuse, déterminée en un point donné d'une veine, peut s'irradier dans toutes les branches voisines, et y produire un coagulum sanguin et l'épaississement des parois du vaisseau. Ce procédé n'est pas suivi d'accidents qu'on ait à redouter; mais, quant à la cure définitive et radicale des varices, il n'est guère moins infidèle que les autres; car on voit souvent des malades revenir quelques mois après avec de nouvelles varices pour lesquelles une nouvelle application de caustique devient nécessaire.

Inflammation du canal déférent et de ses enveloppes, simulant un épiplocèle. — Le nommé Abrachy (Jean), âgé de trente ans, valet de chambre, demeurant rue Saint-Florentin, n° 2, d'une bonne santé habituelle, entra le 31 décembre 1841 à l'hôpital de la Charité, et fut couché au n° 32 de la salle Sainte-Vierge, service de M. le professeur Velpeau. Il y a douze ans, ce malade, à la suite d'un effort violent, s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans la région inguinale droite; la hernie fut réduite et maintenue à l'aide d'un bandage que le malade abandonna au bout de quelque temps, sans que la hernie se reproduisît.

Bientôt il entra au service militaire et la hernie reparut; la réduction fut encore facile, le bandage fut repris et encore une fois abandonné. Le malade n'en portait plus depuis longtemps, lorsque, il y a dix jours, après de longues et pénibles courses, il sentit de nouveau se montrer une tumeur dans la région inguinale droite. Interrogé avec soin sur le mode de développement de cette tumeur, on n'apprend rien de bien précis; il éprouve de la douleur, et, en y portant la main, il a, dit-il, senti un engorgement qui depuis a insensiblement augmenté; c'est tout ce qu'on peut obtenir de lui.

Aujourd'hui, 1er janvier, voici les caractères qu'elle présente : elle se prolonge dans toute l'étendue du canal inguinal, qu'elle distend,

se continue jusque dans les bourses en suivant le trajet du cordon, le testicule et l'épididyme sont à l'état sain et ont conservé leur élasticité normale. La tumeur, enflammée vivement, était très-douloureuse au toucher; la palpation du ventre ne laissait point sentir cette espèce de corde qu'on retrouve d'ordinaire dans l'épiplocèle, et qui n'est autre que l'épiploon tendu. Le malade avait un peu de fièvre, n'avait point eu de vomissements, seulement, de très-légères envies de vomir se manifestaient lorsque des mouvements, ou quelque autre cause, venait augmenter la douleur déjà vive. La tumeur est volumineuse et très-douloureuse; quinze sangsues sont appliquées à sa surface; cataplasmes émollients.

Le 3 janvier, une nouvelle application de sangsues est faite; le 4, on voit la tumeur diminuer graduellement d'inflammation, on commence à sentir le canal déférent qui est toujours très-volumineux, on distingue les divers éléments du cordon, le canal déférent s'isole assez bien des autres parties enflammées, et présente le volume du petit doigt. L'épididyme est à l'état sain.

Le 10, tous les symptômes inflammatoires ont disparu; il ne reste plus qu'un léger engorgement et le canal déférent perd chaque jour de son volume. Le malade ne souffre plus et demande sa sortie.

Cette observation est fort intéressante, car l'inflammation, isolée du cordon sans propagation à l'épididyme, est un cas rare, et la circonstance d'une hernie antérieure, et de ce même côté, devait rendre difficile le diagnostic. Ce malade n'avait jamais eu de blennorrhagie.

VARIÉTÉS.

La Faculté de Montpellier voudrait-elle devenir une école d'homœopathie? — Il se passe, en vérité, d'étranges choses dans le monde médical depuis quelques années! On se plaint tous les jours de la déconsidération qui frappe la médecine et les médecins, de l'indifférence de la société à leur endroit, de l'incurie du pouvoir pour ce qui les concerne, et il semble que tout exprès, de temps à autre, surgisse une circonstance nouvelle qui légitime cette déconsidération, cette indifférence, cette incurie. Il nous faut encore aujourd'hui remplir la pénible tâche de signaler un de ces actes qui rejaillirait sur notre profession tout entière s'il passait sans protestation, et auquel nous donnons d'autant plus d'importance, qu'il part de plus haut.

Il existe une école célèbre entre toutes les écoles, qui a le mieux gardé jusqu'alors les vénérables traditions d'antique honneur, d'antique di-

gnité, d'antique science; une école qui, sur notre terre de France, après le moyen âge et les Arabes, fut le premier point lumineux qui brilla dans ces ténèbres épaisses; une école qui, du douzième au dix-neuvième siècle, a traversé cette longue suite d'années, en conservant, en développant, en fertilisant les précieux principes puisés aux meilleures sources de l'antiquité; une école dont on pouvait combattre les tendances et la philosophie, mais dont on était forcé de respecter et d'admirer l'ensemble, l'harmonie, la pérennité de son enseignement, qui a produit à elle seule plus de penseurs et de véritables médecins philosophes que toutes les écoles réunies, qui en a produit un surtout auquel l'antiquité n'a rien à comparer, le grand Barthez, la plus puissante et la plus complète intelligence des temps modernes; cette école, on l'a deviné, c'est l'école de Montpellier.

Il y a quelques années, le pouvoir, cédant à des vœux légitimes, et voulant conserver à cette école tout son lustre et toute sa puissance, la dota d'une chaire nouvelle, la plus belle, la plus importante de toutes les chaires, de celle de pathologie et de thérapeutique générales. A cette création se rattachaient de magnifiques espérances; c'était, pour Montpellier, une sorte de résurrection, car il s'agissait de faire revivre ses anciennes doctrines, ses opinions dogmatiques, et de continuer le haut enseignement historique et philosophique qui caractérisent son école. Tous ceux qui ont conservé pour Montpellier, affection, estime et reconnaissance, applaudirent à ce beau programme; ils applaudirent aussi au choix du pouvoir, qui plaça dans cette chaire un homme deux fois couronné par l'Académie de médecine, et dont les travaux connus annonçaient le plus riche avenir, c'était M. Rizueno d'Amador, que la France hospitalière venait d'adopter comme un de ses enfants et qu'elle investissait du sacerdoce de l'enseignement.

Eh bien! c'est de cette école, vierge jusque-là de toute palinodie scientifique, c'est du haut de cette chaire consacrée à l'exposition des vérités doctrinales et philosophiques de la médecine, c'est de la bouche de ce professeur, chargé du plus grave et du plus magnifique enseignement, qu'est parti un immense scandale. La chaire de pathologie et de thérapeutique générales s'est transformée, sous l'enseignement de M. d'Amador, en une chaire d'HOMOEOPATHIE!!! O profanation! ô sacrilége! Savez-vous ce qu'on ose dire dans le grand amphithéâtre de La Cos moderne, dans cet amphithéâtre où planent encore les grandes ombres de Barthez, de Dumas, de Baumes, de Fr. Bérard: « La « thérapeutique dynamique ou vitaliste n'est que la doctrine de l'école « homœopathique... Le même point de vue sert de base fondamentale « aux doctrines de ces deux écoles...; la dernière ne fait que continuer

« et appliquer les vérités de l'ancienne... Prouver que Montpellier a
« posé les principes, et que Hahnemann et toute son école en ont déduit
« et appliqué les conséquences, voilà le but de ce discours... En effet,
« il faut se garder de considérer la doctrine homœopathique comme un
« aérolithe tombé du ciel, et dont on ignore l'origine et la source.
« Cette doctrine médicale est au contraire greffée sur l'ancienne,
« comme Hahnemann sur Montpellier et Montpellier sur Hippocrate. »

Comment se fait-il qu'un tel langage n'ait pas soulevé d'indignation les professeurs et les élèves de cette faculté célèbre? comment n'a-t-on pas imposé silence au profanateur des antiques doctrines? et comment le ministre de l'instruction publique, si chatouilleux à l'endroit de l'enseignement philosophique et religieux, laisse-t-il ainsi polluer une institution qui a été une de nos gloires nationales? Ceci est, à notre avis, le plus grand scandale scientifique dont nous ayons été témoins. C'est un outrage à l'école de Montpellier, qui, de toutes les écoles, est la seule qui ait gardé un esprit de corps, une unité de doctrines et d'enseignement qui n'existent pas ailleurs; c'est un outrage à son passé qui fut si glorieux, à son présent qui pourrait être si utile. Et c'est au moment même où cette école fait appel à cet esprit de corps, où elle se flatte, par la bouche d'un de ses professeurs, que l'*unité doctrinale* se resserre de plus en plus dans son sein, où elle s'applaudit de sa *belle unité*; c'est à ce moment même qu'un tel scandale éclate!

Non, la faculté de Montpellier ne peut pas, ne doit pas accepter la solidarité d'une telle extravagance. Il y va de son honneur et de sa gloire, de sa majestueuse renommée qu'elle ne peut, sans la plus coupable faiblesse, laisser ainsi flétrir. C'est parce que nous aimons Montpellier d'une vive et reconnaissante affection, que nous poussons ce cri d'alarme sur son honneur compromis. Nous n'élevons pas le plus léger doute sur la douleur et l'indignation que les professeurs de cette école doivent ressentir d'une telle prostitution de l'enseignement; mais cette douleur et cette indignation ne doivent pas rester muettes. Il faut que l'école en masse se sépare clairement et énergiquement du professeur qui abrite l'homœopathie sous son manteau. Elle doit cette réparation au monde médical douloureusement indigné, elle le doit à sa gloire et à son avenir.

— Un des hommes les plus recommandables du corps médical français, M. le docteur Chervin, a été frappé d'hémiplégie, le 11 février dernier, à l'issue de la séance de l'Académie de médecine, à laquelle il avait assisté. Heureusement cet accident n'a pas eu de conséquence trop funeste; notre confrère n'a pas un seul instant perdu l'intégrité de son intelligence, et sa langue est restée parfaitement libre. La paralysie

dont il a été frappé à gauche diminue tous les jours et tout fait espérer qu'il sera bientôt rendu à la science et à ses nombreux amis. A peine l'académie a-t-elle été instruite du malheur arrivé à un de ses plus honorables membres, qu'une commission composée de MM. Reveillé-Parise, Londe, Villermé, Double et Dubois d'Amiens, a été chargée d'aller visiter le malade en son nom et de lui en rapporter des nouvelles séance tenante. Nous nous associons de tout notre cœur à toutes les sympathies qui entourent en ce moment M. Chervin. Il n'est personne qui jouisse, parmi nous, de plus d'estime et qui la mérite à tant de titres. Tout le monde est forcé d'admirer le courage, le dévouement, l'abnégation de ce confrère qui, dans le but de conquérir une vérité scientifique utile à l'humanité, traverse les mers, court vingt ans tous les pays où règne la fièvre jaune, affronte partout l'épidémie, et ne rentre dans sa patrie, avec les importants matériaux qu'il a ramassés de toutes parts, qu'après avoir dépensé jusqu'au dernier sou de son patrimoine. M. Chervin n'a rien demandé et ne demande rien; Ce serait au ministre, ce serait à l'État à reconnaître les services d'un homme tel que M. Chervin, et à ne pas laisser sans appui une si glorieuse vieillesse.

— A partir de janvier 1842, les internes des hôpitaux de Paris ne sont plus nommés que pour trois ans au lieu de quatre. A l'expiration de leur service, ceux qui auront bien mérité des hôpitaux, recevront une médaille de bronze. Pareille médaille sera accordée aux élèves externes qui auront échoué trois fois dans leur concours pour l'internat, mais qui néanmoins auront bien fait leur service. Tous les internes et tous les externes seront tenus de concourir chaque année pour les prix. Les six internes placés en tête de la liste des récompenses obtiendront : le premier, une médaille d'or avec prolongation de deux années de service; les cinq autres auront une médaille d'argent avec prolongation d'un an. Ceux des externes qui auront obtenu le prix et l'accessit seront placés de droit à la tête de la liste des internes. Une condition d'admission au concours pour le prix des internes, est de n'apporter que la valeur de 80 pages et six observations rectifiées par le chef de service.

— M. Hippolyte Royer-Collard vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine. Les compétiteurs qui, après lui, ont eu le plus de voix, sont MM. Alph. Devergie et Mélier.

— Le registre d'inscription pour le concours de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, a été clos mercredi dernier à sept heures du matin. Se sont fait inscrire MM. A. Bérard, Ph. Boyer, Cassaignac, Chrétien (de Montpellier), Huguier, Laugier, Lenoir, Malgaigne, Michon, Robert, Thierry, Vidal (de Cassis). — Ce concours s'ouvrira le 17 mars prochain

— A la suite d'un concours qui vient d'avoir lieu à la faculté de médecine, M. Denonvilliers a été nommé chef des travaux anatomiques.

— M. Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine à Toulon, vient de mourir à l'âge de soixante-neuf ans.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA GRIPPE RÉGNANTE ET SUR SON TRAITEMENT.

Il règne en ce moment à Paris un nombre considérable de maladies de formes diverses qui présentent une très-grande affinité avec les maladies observées maintes fois en France, notamment pendant les années 1831 et 1837, et qu'on a désignées sous le nom de grippe. La grippe actuelle offre en effet l'ensemble des caractères particuliers à cette classe de maladies. Tous les praticiens ont eu occasion d'en observer quelques cas, puisque cette affection est très-répandue, soit dans les hôpitaux, soit en ville.

La grippe actuelle n'est point née tout d'un coup. Les praticiens de la capitale pouvaient en observer les premières traces dans le mois de février et même dans le mois de janvier. Dès cette époque, une inspection attentive faisait remarquer une multitude de maladies thoraciques, pleurésies ou pneumonies, qui n'avaient rien de commun avec les pleurésies et les pneumonies inflammatoires de l'hiver. A côté de ces maladies de poitrine paraissaient des fièvres essentielles en tout semblables, sauf la localisation sur les organes thoraciques, aux irritations de poitrine. Nous ajouterons que la fièvre, dont ces irritations circonscrites étaient toujours accompagnées, avait également les mêmes symptômes, la même marche, la même crise que les fièvres essentielles, et que les unes et les autres étaient évidemment catarrhales. Voilà l'état pathologique général, à Paris, durant les mois de janvier et de février. Cet état pathologique n'a pas changé depuis, mais il s'est répandu bien davantage; ce qui l'a fait mieux remarquer. Son extension s'est élevée si loin, qu'au moment où nous écrivons ces lignes, une bonne moitié de la population de la capitale s'en trouve ou s'en est trouvée affectée à différents degrés. Toutefois, nous devons constater que cette extension, qui paraît arrivée à son apogée, n'égale pas l'extension de l'état analogue observé en 1831 et en 1837; car, à ces deux époques, il y eut très-peu de personnes exemptes de cette maladie; cette différence est un premier trait caractéristique de la grippe d'aujourd'hui.

A part cette différence, il n'est pas possible de douter que la maladie actuelle ne soit au fond la même que celle de 1831 et de 1837, quoiqu'il s'y trouve encore d'autres circonstances particulières que nous aurons soin de noter. La maladie dont il s'agit est identique au fond chez tous les malades; mais elle varie beaucoup par son siége et ses nuances, selon

les individus et les localités. Voici ses caractères les plus frappants; nous dirons ensuite quelle est sa nature, et comment on doit la traiter.

Un grand nombre de personnes n'éprouvent que de la fièvre sans lésion locale bien précise. Chez ceux-ci les symptômes sont les suivants : les malades se plaignent de frissonnement ou d'un froid continuel accompagné d'un coryza, de toux et d'un pouls fréquent et contracté. Ici la face est pâle, les traits rétractés, les yeux larmoyants, la céphalalgie intense, les urines abondantes et claires, les garderobes nulles, le corps courbaturé et brisé. Après deux ou trois jours de cet état, le pouls s'élève, la chaleur de la peau s'accroît, la respiration s'accélère, et il y a tous les matins, à la suite d'une nuit fatigante et tourmentée par des rêvasseries, une légère sueur fétide. Cet appareil symptomatique s'exaspère régulièrement chaque soir, et se ralentit aussi régulièrement chaque matin. Enfin au bout du premier ou du second septenaire, une sueur générale copieuse, accompagnée d'urines sédimenteuses et de quelques selles molles, opère la crise de cette fièvre. Les phénomènes les plus remarquables de la fièvre précédente sont, d'une part, un froid glacial dont rien ne parvient à débarrasser le malade, et, d'une autre part, quand la fièvre est bien caractérisée, une céphalalgie insupportable, plus intense souvent d'un côté que d'un autre.

Le catarrhe pulmonaire ou bronchique est une autre forme non moins commune de la maladie actuelle. Il y a mieux, peu de personnes en sont attaquées sans qu'elles présentent les symptômes de cette irritation locale à un degré quelconque. La fièvre en est précédée ou accompagnée; et nous verrons qu'ils manquent rarement de se joindre aux autres variétés; en outre, il existe des cas où la bronchite constitue l'appareil symptomatique le plus éminent, et c'est ce qu'on rencontre principalement chez les sujets à poitrine faible, chez les convalescents de maladies longues, et plus particulièrement chez ceux qui sont atteints ou menacés de phthisie. Nous signalons la forme de grippe dont il est question, moins à cause de sa gravité présente, que parce qu'elle peut être, sous un climat aussi défavorable que celui de Paris, une occasion urgente de lésions irrémédiables des poumons. Quant à la bronchite en elle-même, elle s'offre avec les caractères presque invariables de cette lésion, c'est-à-dire qu'elle détermine une toux sèche d'abord, avec un sentiment de brûlure le long du conduit trachéo-bronchique, de la toux et une sensation d'ardeur qui augmentent régulièrement à la chute du jour, ainsi que les symptômes généraux concomitants; telle est en général la condition de la bronchite régnante pendant sept ou quatorze jours, plus ou moins. Cette période écoulée, lorsque la maladie tend vers une heureuse solution, la toux s'humecte, l'ardeur de la trachée s'apaise, et le malade

est pris d'une expectoration de crachats liés et crémeux qui avancent beaucoup la terminaison favorable de la lésion. L'expectoration suffit seule à cette heureuse issue dans quelques cas très-rares ; le plus souvent, en effet, elle est secondée par une sueur nocturne d'une odeur forte, qui se renouvelle pendant plusieurs nuits de suite. La seconde période de la bronchite que nous esquissons ici aboutit presque toujours à un sentiment de débilité générale qui se trahit par l'anorexie, l'empâtement de la bouche, et une disposition continuelle à la sueur. Cet état se retrouve également à la suite de presque toutes les autres formes de l'affection régnante. Il mérite de fixer l'attention des praticiens, car il prolonge le malaise des malades, et réclame un traitement spécial.

L'affection dominante se traduit encore par des douleurs des membres et des articulations, ce qui lui communique l'aspect des rhumatismes. Cette forme particulière affecte de préférence les hommes faits et les vieillards, les personnes sujettes à la goutte ou aux hémorroïdes, et celles surtout qui ont déjà été aux prises avec des rhumatismes. Chez beaucoup de sujets, la maladie se borne à quelques douleurs vagues ou permanentes, sans fièvre décidée, et seulement avec quelques frissonnements, de la susceptibilité au froid, et la sensation fort incommode d'un brisement général. La scène change quand la fièvre s'en mêle : alors il ne s'agit plus d'une indisposition pure et simple, mais d'une maladie très-douloureuse, qui envahit simultanément, successivement ou alternativement une série d'articulations. La forme que nous indiquons est la plus rebelle. Nous citerions au besoin des malades atteints de cette nuance dès le commencement de l'affection régnante, et qui n'ont pu encore se débarrasser entièrement de ce rhumatisme. Cette nouvelle forme de la grippe se recommande encore par un côté fort remarquable : c'est qu'elle donne lieu de craindre, pour peu qu'on ne surveille pas les malades, spécialement dans les premiers temps, l'explosion de la variété la plus grave, sans contredit, de l'affection dominante, nous voulons parler de la pleurésie ou de la pneumonie.

La pleurésie et la pneumonie figurent en effet en tête des maladies provoquées par la grippe ; on peut même dire que la grippe actuelle tire toute la gravité qu'elle est en état de contracter, de la présence de la pleurésie ou de la pneumonie. Non que cette forme morbide soit essentiellement grave ; mais c'est que la plupart des médecins lui appliquent un traitement inopportun qui la fait dégénérer rapidement de sa bénignité naturelle. Voici avec quelques détails l'histoire de ces pleurésies et de ces pneumonies.

Les malades sont affectés pendant quelques jours de la fièvre décrite plus haut, à laquelle se joignent pour l'ordinaire quelques douleurs muscu-

laires des membres et des articulations. Jusque-là la poitrine n'est pas du tout prise. Cette lésion a lieu brusquement à la disparition des douleurs signalées précédemment, pendant que les symptômes fébriles s'exaspèrent. On s'aperçoit d'ailleurs de cette fâcheuse transformation à la douleur pongitive qui se développe sur un point du thorax, à la gêne de la respiration, à la toux, en un mot au concours des signes de l'existence d'une pleurésie ou d'une pneumonie. Un phénomène particulier caractérise ces lésions de la poitrine, c'est l'alternation quelquefois réitérée des symptômes pleuro-pneumoniques avec les douleurs rhumatiques des membres ou des jointures. Nous ferons observer cependant que l'alternation des deux ordres de lésions ne se rencontre guère que dans les premiers jours de la maladie de poitrine. Un peu plus tard, elle ne se voit plus, si ce n'est assez souvent au déclin de la pleuro-pneumonie.

Lorsque les symptômes de ces maladies de poitrine deviennent plus graves, le délire s'empare souvent des malades : c'est le signe du transport de l'irritation ou de sa propagation de l'organe pulmonaire au cerveau et aux méninges. Rien n'est plus formidable que le délire dans les affections de cette espèce; rien par conséquent de plus pressé que de conjurer un semblable phénomène; mais pour en venir à bout, il importe de ne pas temporiser, car si l'on tarde trop, tous les remèdes deviennent vains. Les maladies de poitrine dont nous parlons, quoique bien plus graves que les autres formes pathologiques, n'offrent pourtant pas un péril certain; la plupart des malades en guérissent quand on les traite d'après une bonne méthode, et même beaucoup en réchappent encore, tant sont puissantes les ressources de la nature, quand on les traite suivant de fausses vues. Leur terminaison ordinaire a lieu comme celle des formes pathologiques déjà décrites, savoir : par une abondante sueur générale, avec quelques garderobes et des urines sédimenteuses. L'expectoration concourt avec les phénomènes critiques, comme elle concourt avec les solutions critiques de toutes les maladies pulmonaires sans exception.

Nous n'avons cité dans cet article que les formes les plus importantes de la grippe actuelle. Il ne peut pas être utile de passer en revue toutes les variétés de ces formes, dès que nous avons établi qu'elles ont toutes les mêmes causes, la même marche, les mêmes crises, et qu'elles ne diffèrent que par les symptômes, le siége ou le degré. C'est en effet une vérité incontestable que toutes les espèces morbides régnant sous l'influence de l'affection dominante, reconnaissent une nature identique et n'admettent que des différences du plus au moins.

Il s'agit maintenant de déterminer cette nature et ce qui en est la conséquence, de tracer les règles de la meilleure méthode de traitement. Eh bien, dans toutes les espèces de la grippe actuelle, quel qu'en soit le

siége, on rencontre un appareil de symptômes caractéristiques à côté de ceux qui émanent de la lésion des parties affectées Dans toutes, en effet, la maladie débute par une sensation de froid désagréable, entrecoupée de bouffées de chaleur auxquelles se joignent en même temps de petites sueurs partielles ou générales. Tous les malades se plaignent alors d'une courbature des membres, d'anorexie, de soif, d'une sécheresse douloureuse de la gorge et des bronches ; pendant que le pouls est fréquent, les traits de la face retirés, les urines abondantes et claires, la faiblesse très-prononcée. Si la fièvre se met décidément de la partie, ce qui ne manque guère pour peu que le cas soit grave, les symptômes indiqués se dessinent avec plus d'énergie ; le malade souffre d'une céphalalgie intense, est oppressé, éprouve une toux aride et des points douloureux, vagues. L'ensemble de ces phénomènes s'accroît d'une manière notable à l'entrée de la nuit, ce qui produit un sommeil inquiet, tourmenté de rêvasseries et extrêmement agité. A la naissance du jour, un calme survient à la suite d'une douce moiteur, et se prolonge toute la matinée, jusque dans l'après-midi.

La période décrite ici constitue le premier temps de la grippe actuelle, sous quelques formes qu'elle se présente. Cette période dure depuis trois ou quatre jours jusqu'à sept ou huit. C'est dans son cours, et surtout après les trois ou quatre premières vingt-quatre heures, qu'apparaissent les lésions locales dont elle est l'origine, sans qu'elle change en rien son caractère primitif. Quoi qu'il en soit de sa longueur et de ses adjonctions très-variables, elle est remplacée par une période en sens contraire, période appelée anciennement de *coction*, comme la première portait jadis le nom de *période de crudité*. Les phénomènes particuliers à cette seconde période sont une sorte de relâchement général, caractérisé par le développement du pouls, qui devient plein et fort, par la turgescence de la face, la rougeur de l'ouverture des muqueuses, la coloration de la peau, l'élévation de la chaleur, la rougeur intense des urines, le redoublement de la céphalalgie. C'est pendant cette période que les symptômes s'élèvent au plus haut degré d'intensité et que la maladie elle-même atteint à son apogée. Il est difficile de fixer la mesure de la durée de la période de réaction ; ce qu'on peut dire, c'est qu'elle est d'autant plus grande que la maladie est plus grave, et que c'est au bout de sa durée que les malades meurent. Dans les cas les plus ordinaires, la terminaison est plus satisfaisante : alors, après une exacerbation plus forte que de coutume, il survient une sueur générale, copieuse, accompagnée d'un flux abondant d'urines et de quelques selles molles, et ces excrétions, véritablement critiques, emportent en une ou plusieurs fois et la lésion locale et la fièvre. Tels sont les caractères communs aux diverses formes de la

grippe réguante. Il s'y mêle sans doute beaucoup d'autres caractères assortis aux fonctions et à la constitution organiques des parties où elle a principalement établi son siége ; mais l'ensemble des phénomènes réunis dans le tableau qui précède se retrouve dans tous les cas de cette maladie ; ce qui nous porte à conclure que tous ces cas, si divers en apparence, ne sont au fond qu'une même maladie. Une autre preuve plus décisive de l'identité de toutes ces espèces pathologiques, c'est le traitement uniforme par lequel on la guérit. Essayons de tracer en peu de mots ce point important de l'histoire de la maladie.

La première médication à remplir en présence de la grippe actuelle, consiste à s'opposer au refoulement des mouvements et des liquides de la circonférence au centre, qui engendre tous les phénomènes de la période initiale. Pour remplir cette indication, la voie la plus urgente, c'est de réchauffer les malades, en les obligeant à garder le lit, et en les soumettant à l'usage soutenu d'une boisson légèrement stimulante et diaphorétique : comme une légère infusion de thé ou de tilleul, une infusion de fleurs de sureau ou de coquelicot aiguisée avec un peu d'eau de fleurs d'oranger, de menthe ou de mélisse. La céphalalgie frontale, l'ardeur, la sécheresse des fosses nasales qui sont insupportables, une douleur névralgique dans l'un des yeux ou dans l'une des oreilles, phénomènes excessivement fréquents dans la grippe actuelle, ont été constamment modérés par nous et enlevés en quelque temps par l'application sur le front, les tempes, et jusque sur les yeux et sur le nez, de la ouate de coton. Aussitôt que la moiteur arrive à la peau, le malaise interne diminue. La ouate est très-bonne aussi sur le cou et le devant de la poitrine. Ces moyens administrés à temps, et continués assez longtemps, suffisent à prévenir la plupart des accidents; mais il faut se garder surtout, sous le prétexte de conjurer une inflammation imaginaire, d'attaquer ces symptômes par des saignées ou des sangsues, jointes à un régime débilitant. L'emploi des ressources de ce genre, quand elles sont appliquées un peu largement, détermine presque à coup sûr la réalisation des symptômes sur quelque appareil organique central, particulièrement sur la gorge ou sur la poitrine. Les émissions sanguines ne doivent intervenir que lorsque la réaction est bien prononcée, encore est-il nécessaire d'être très-circonspect dans leur prescription; car l'affection dont il s'agit n'a que les dehors ou l'apparence d'une inflammation ; au fond, elle n'est qu'une inflammation factice, qu'on maîtrise aisément par quelques délayants. Cependant il ne faut pas exclure rigoureusement les émissions sanguines du traitement de cette affection ; seulement on doit être prévenu qu'il faut en user avec beaucoup de sobriété, soit pour la quantité du sang à tirer, soit pour les répétitions des

saignées ou des sangsues. Un moyen très-avantageux et presque certain de guérison, c'est le tartre stibié à dose vomitive, à la quantité de deux à trois grains. Nous avons vu plusieurs fois les symptômes les plus dangereux d'une affection de poitrine actuelle céder comme par enchantement, et en très-peu d'heures, aux effets de ce puissant remède. Les praticiens d'aujourd'hui ne savent nullement tirer parti de cet agent; ils auraient des résultats plus heureux s'ils l'appliquaient plus souvent. C'est un tort grave de le remplacer par les purgatifs. Les purgatifs sont loin d'avoir les mêmes effets que les émétiques. Ils augmentent fréquemment les maladies, que les émétiques domptent facilement. Ils ne sont ordinairement indiqués qu'à la fin des maladies, et pour compléter l'action des vomitifs; aujourd'hui on prodigue trop les purgatifs. Dans les grippes que nous observons, ils prolongent les symptômes et les aggravent; mieux vaudrait certainement renoncer à l'emploi de ces moyens que de les employer ainsi à contre-temps.

Les causes de la grippe actuelle se trouvent manifestement dans les variations incessantes de l'atmosphère de la capitale depuis l'automne dernier, auxquelles il faut joindre l'exubérance de l'humidité de l'air pendant toute la durée de l'hiver. L'action de ces causes se trouve en rapport avec les symptômes de la maladie, et avec sa thérapeutique, pour déposer que la grippe dont il s'agit ressemble à toutes les affections catarrhales. Mais existe-t-il des traces d'une véritable épidémie? nous ne le pensons pas : nous ne saurions y voir autre chose qu'une affection vulgaire, généralisée, née évidemment sous l'influence insolite de ses causes naturelles. Cette affection catarrhale diffère donc, au moins sous ce rapport, de celle de 1837, dont M. Caizergues, doyen de la Faculté de Montpellier, a tracé un tableau si parfait; mais elle a la plus grande analogie avec celle de 1831, puisqu'elle a été appelée, comme celle-ci, par une constitution atmosphérique variable, humide et froide. Nous amène-t-elle le choléra, comme le croient ceux qui s'imaginent que l'épidémie cholérique est un fruit de la grippe de 1831? nous repoussons complétement cette hypothèse; car, dans notre opinion, le choléra de 1832 n'a aucune relation prochaine ni éloignée avec la grippe, pas plus qu'avec les autres maladies vulgaires.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'EMPLOI DU SULFATE D'ALUMINE DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES ANGINES GUTTURALES.

Parmi la grande quantité d'affections catarrhales qui se sont montrées dans notre ville pendant les années 1839 et 1840, affections évi-

demment développées sous l'influence d'une température froide et humide si longtemps prolongée, les angines de différentes espèces ont été observées en très-grand nombre. Comme médecin attaché au bureau de bienfaisance des quartiers de Saint-Georges et de Saint-Jean, où les familles peu aisées surabondent, j'ai été à même d'observer ce que j'avance, et presque tous les malades qui s'offraient à mon observation pendant les mois d'hiver présentaient des symptômes évidents d'inflammation catarrhale de la gorge. Chez la plupart des sujets atteints, cette affection était accompagnée d'une grande prostration du système musculaire, d'un malaise indicible, de défaillances fréquentes et allant quelquefois jusqu'à la syncope, absolument comme lors de l'épidémie de la grippe. Chez trois de mes malades atteints de catarrhes bronchiques, et chez lesquels la lipothymie s'était manifestée de bonne heure, la fièvre typhoïde succéda le sixième ou septième jour avec des symptômes cérébraux très-graves; mais ce qui est à remarquer, c'est que l'angine gutturale manqua dans ces trois cas, ce qui me portait à croire que cette dernière était d'un bon augure pour l'issue de la maladie. Quelques-unes de ces angines gutturales ont été des plus intenses, et je sais de M. Bouchet fils que, dans un service de l'Hôtel-Dieu, une angine tonsillaire a été portée à un si haut degré, qu'on a été sur le point de pratiquer la trachéotomie, vu l'imminence de la suffocation. C'est dans notre ville spécialement, comme dans tous les lieux où la température est le plus souvent humide, que ces maladies passent fréquemment à l'état chronique, et cette terminaison est plus commune qu'on ne se l'imagine. Rien de plus fréquent, en effet, que de trouver chez un grand nombre de sujets un état catarrhal habituel de l'arrière-bouche. Dans ces cas, la membrane muqueuse est très-injectée d'un rouge foncé, quelquefois épaissie; les follicules muqueux sont très-développés, très-apparents, et bien souvent on les aperçoit sous la forme de papules brillantes. La sécrétion très-abondante d'un mucus comme gommeux et élastique procure une toux gutturale, pénible et très-fréquente, nécessaire à l'élimination de ces crachats. Le régime et les adoucissants sont le plus souvent infructueux pour guérir cette affection très-rebelle et qui, sans forcer les personnes atteintes à cesser entièrement leurs opérations, ne laisse pas que de rendre leur existence quelquefois très-pénible. J'ai vu, dans le service de M. Pétrequin, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, un malade qui, indépendamment d'une fracture, cause de son entrée à l'hôpital, était atteint d'une de ces inflammations chroniques de la partie postérieure et supérieure du pharynx. La muqueuse était épaissie extraordinairement, d'un rouge blafard, et il existait trois ou quatre ulcérations, sûrement le résultat de l'inflammation; car, outre que le

malade nous assura n'avoir jamais eu d'infection syphilitique, l'aspect des ulcérations confirmait notre diagnostic. M. Pétrequin les cautérisa légèrement avec une pierre d'alun, insuffla de l'alun en poudre, fit faire des gargarismes fortement aluminés, et cette affection de la gorge, qui datait de longues années, disparut avant que la fracture ne fût consolidée.

Il y a quelques années, en 1831, un médecin italien, M. Bennati, fit insérer dans un journal de médecine français (*Bullet. de Thérap.*, tome I, p. 265), quelques observations sur l'emploi du sulfate d'alumine contre ces inflammations chroniques de l'arrière-bouche. Il citait surtout des guérisons chez des chanteurs dont la carrière était perdue depuis nombre d'années, et qui, au bout d'un mois ou deux au plus de son traitement, recouvraient leur voix primitive et même avec plus d'extension. M. Bennati n'employait qu'un gargarisme d'eau d'orge, dans lequel il faisait entrer depuis 4 jusqu'à 38 grammes d'alun pour 90 ou 120 grammes de véhicule : au reste, ce médecin n'employait ce genre de médication que dans l'état chronique. M. Delmas, de Montpellier, cite plusieurs observations pour prouver qu'une inflammation modérée de la gorge n'est pas une contre-indication à l'emploi de ce moyen. En 1835, M. Velpeau proposa l'application immédiate du sulfate d'alumine en poudre pour combattre une forme de stomatite développée chez les jeunes sujets par le pincement des gencives ou de la muqueuse buccale entre les dents molaires : son opinion s'appuyait sur vingt-cinq observations détaillées[1]. M. Pétrequin m'a dit l'avoir employé plusieurs fois et avec avantage au début d'angines gutturales aiguës; il m'a fait part entre autres d'une observation récente que je vais citer très-brièvement. Il s'agit d'un jeune ouvrier en soie de dix-sept à dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, qui entra dans son service avec une angine aiguë très-intense. La maladie datait de trois jours : la déglutition était horriblement pénible; la muqueuse du pharynx, des amygdales, du voile du palais et de ses piliers, était d'un rouge vif; il y avait de la fièvre, de la céphalalgie, constriction à la gorge, sécheresse très-fatigante des muqueuses. Le traitement antiphlogistique fut mis de côté, et le même jour M. Pétrequin lui fit deux insufflations avec quatre parties d'alun et une de sucre en poudre; on employa un gargarisme de 120 grammes d'eau d'orge et 8 grammes de sulfate d'alumine L'amélioration ne se fit pas attendre longtemps. Le lendemain, la déglutition était très-peu gênée, les muqueuses n'avaient plus cette sécheresse d'une âpreté si pénible, et le surlendemain il ne restait plus vestige de

[1] Voy. *Bullet. de Thérap.*, tome VIII, pag. 174.

la maladie. M. Pétrequin a étendu cette médication au traitement de quelques surdités qui reconnaissaient une origine gutturale. Cette méthode spéciale a été exposée en 1839 dans ce recueil, tome XVII, pag. 335.

Après avoir moi-même expérimenté avec quelque succès le sulfate d'alumine, d'après ces données, dans l'état chronique, dans plusieurs cas bien indiqués, je l'ai essayé pendant l'hiver de 1840 sur plusieurs malades au début même et dans l'état d'acuité. Ce sont ces faits que je viens faire connaître. J'en choisis, parmi plusieurs recueillis, deux qui seront, je crois, assez concluants.

Obs. I. Le nommé Louis D....., demeurant rue du Bœuf, âgé de trente et un ans, ouvrier en soie, d'un tempérament sanguin, nerveux, assez fortement constitué, fut pris d'un catarrhe peu intense vers la fin de décembre 1840, à la suite d'un petit voyage qu'il fit à pied par un temps très-froid. Des moyens simples calmèrent la toux, qui disparut au bout d'une quinzaine de jours, et il ne resta qu'un léger enrouement qui fut négligé. Vers la fin de janvier, à la suite d'une suppression brusque de la transpiration cutanée, une inflammation vive se déclara à l'arrière-bouche. Je trouvai le malade au lit, la face injectée, le pouls plein, accéléré; il se plaignait d'une céphalalgie frontale. La déglutition que je fis exercer devant moi était très-difficile; celle de la salive était presque impossible. La muqueuse de toute la partie postérieure de la bouche était le siége d'une vive inflammation. L'amygdale gauche avait au moins doublé de volume, et sur sa face interne siégeaient deux aphthes qui augmentaient certainement encore la douleur dans la déglutition; l'amygdale droite était moins tuméfiée, mais également d'un rouge vif. C'était le surlendemain du début de la maladie; il était deux heures environ de l'après-midi, et depuis le matin, le malade, qui m'attendait avec impatience, avait la conscience que son état empirait. J'envoyai de suite chercher un mélange d'alun et du sucre a parties égales, et je fis moi-même une première insufflation au moyen d'un tuyau de plume, avec la précaution que j'indiquerai plus bas. La quantité du mélange ainsi insufflé peut être évaluée à deux pincées. Le malade n'éprouva qu'une légère cuisson, qui ne fut qu'instantanée; il eut une nausée qui le porta à faire un effort pour rejeter la poudre, et il ne sortit de la bouche qu'un peu de liquide filant. Je me contentai d'ordonner l'application de deux sinapismes aux cuisses et laissai le malade jusqu'au lendemain, en recommandant à sa femme de faire une nouvelle insufflation sur les huit heures, en lui indiquant bien la manière de la faire. Je revis mon malade le lendemain matin entre huit et neuf heures : la nuit avait été assez bonne.

La céphalalgie avait cédé, ce que j'attribuai à l'emploi de la moutarde; mais d'un autre côté, l'état de la gorge s'était sensiblement amélioré : cette sensation de constriction si pénible, cette sécheresse si opiniâtre avaient cessé, le malade avalait beaucoup mieux les liquides; l'inspection de l'arrière-bouche me fit voir la muqueuse d'un rouge moins vif, et humide au lieu d'être sèche comme la veille; l'amygdale gauche avait diminué de volume : l'espace qui la séparait de l'autre s'était élargi; en un mot, je m'assurai que cette inflammation avait rétrogradé avec une rapidité que j'étais bien loin de prévoir : je pratiquai une nouvelle insufflation qui ne fit éprouver au malade qu'une légère nausée : j'en ordonnai une autre pour le soir, et le lendemain, quatrième jour de la maladie, je trouvai Louis D... dans un état tellement satisfaisant, que je le mis aux potages. Je continuai et fis continuer matin et soir les insufflations à dose décroissante, et le sixième jour les forces étaient dans l'état le plus parfait. Chez ce malade, je n'ai employé que l'insufflation d'alun, sans gargarismes aluminés, et l'amélioration n'en a pas moins été très-rapide. Je n'ai mis en usage ni sangsues ni saignées, et c'est à cette circonstance que je crois devoir attribuer le bénéfice du rétablissement si prompt des forces du malade.

Obs. II. M. M..., commissionnaire en soieries, d'un tempérament lymphatique sanguin, âgé de ving-huit ans, doué d'une constitution en apparence très-robuste, n'a jamais été atteint de maladies sérieuses, si ce n'est de plusieurs angines que je présume avoir été des angines tonsillaires, d'après la nature des symptômes accusés par M. M... lui-même. Quelques-unes de ces angines tonsillaires se sont terminées par suppuration, et ont tenu le malade alité et très-souffrant pendant treize ou quinze jours. Dans le courant de septembre 1840, M. M... se trouvant dans une ville d'Espagne pour ses affaires, fut saisi d'une de ces angines qu'il redoutait tant : un médecin espagnol le saigna deux fois, le fit vomir, le purgea; la maladie n'en dura pas moins vingt jours environ, et se termina par l'ouverture spontanée d'un petit abcès, qui probablement avait son siége dans l'épaisseur d'une amygdale... Vers les premiers jours de février de cette année, le lendemain d'un bal, M. M..., à son lever, commença à éprouver une légère douleur en avalant sa salive, premier symptôme avant-coureur de ses souffrances que dès lors il prévit comme presque infaillibles. Ce jour-là, il prit un bain de pied sinapisé, se gargarisa avec de la mauve, fit diète, et le soir les frissons se déclarèrent, la fièvre s'alluma, la nuit fut très-agitée. Le lendemain il me fit appeler. Je trouvai M. M... en proie à une violente céphalalgie, le pouls très-développé, la peau sèche. Les deux amygdales, qui probablement dans l'état de santé conservaient un développement anormal, et je m'en suis

assuré depuis, étaient très-engorgées, sans aphthes, d'un rouge des plus vifs : le malade, outre ses souffrances, était surtout tourmenté par l'idée que rien ne pourrait empêcher la maladie de parcourir ses périodes accoutumées. Je pratiquai une forte saignée, et j'ordonnai pour le soir une application de douze sangsues de chaque côté du cou vers l'angle du maxillaire, sinapismes, etc. Le lendemain, à ma visite, l'agitation était moins forte, le pouls était un peu déprimé; mais il n'y avait aucun amendement du côté des symptômes locaux : la douleur dans la déglutition était des plus déchirantes, la respiration pénible : je continuai à prescrire des moyens antiphlogistiques, et ce ne fut que le soir à ma troisième visite, que, voyant le malade dans le même état, je songeai au sulfate d'alumine, non sans hésitation, je l'avoue, malgré l'avantage que j'avais déjà retiré de son emploi. Je lui fis une première insufflation d'alun et de sucre en parties égales; mais malheureusement, par un mouvement brusque du malade, la poudre tomba trop en avant sur la base de la langue, causa une sensation et une nausée pénibles, et fut rejetée sans bénéfice. Ce ne fut pas sans peine que je le décidai à y revenir, et cette fois je parvins à lancer la poudre convenablement : il n'y eut pas de nausée, et je me retirai en recommandant de promener la moutarde pour prévenir autant que possible le retour de la céphalalgie. Vers le milieu de la nuit, M. M... s'aperçut que les boissons passaient avec moins de peine et de douleur, et le matin je le trouvai dans la joie et comme convaincu qu'il échappait, pour cette fois, à ses longues souffrances. Il n'y avait cependant pas diminution dans le volume des amygdales; mais cette sécheresse si persévérante avait disparu; il n'y avait plus autant de constriction à la gorge. Une autre insufflation procura plusieurs nausées et l'expulsion d'un liquide filant très-abondant. La journée fut bonne : le soir, nouvelle insufflation sans nausée; le malade dormit plusieurs heures dans la nuit, et dès lors l'amélioration se maintint. Dès le lendemain de la première application du sulfate d'alumine, j'employai, chez ce malade, des gargarismes composés de 120 grammes d'eau d'orge, de 4 grammes d'alun et de 30 grammes de miel rosat, et, malgré une grande répugnance pour ce gargarisme, il fut continué pendant quatre jours. Les gargarismes aluminés sont, sans contredit, un auxiliaire très-avantageux dans le traitement, parce qu'ils mettent l'eau plus ou moins saturée d'alun en contact prolongé avec les muqueuses malades, et qu'ils répartissent également ce sel dans toutes les parties de la gorge; mais malheureusement la plupart des malades éprouvent un dégoût profond pour l'emploi de ce moyen, et plusieurs sont forcés d'y renoncer. Chez ce second malade, il fut évident pour moi que, bien que les évacuations sanguines si bien indiquées eussent calmé la fiè-

vre et la céphalalgie, elles n'auraient pas enrayé la marche de la maladie, et il y a tout lieu de croire, comme le malade le redoutait tant, qu'elle aurait parcouru toutes ses périodes, peut-être jusqu'à la suppuration : je crois donc encore ici devoir attribuer cette atténuation un peu brusque au sulfate d'alumine insufflé ou en gargarisme. Depuis, j'ai revu M. M..., je lui ai proposé de continuer encore pendant quelque temps l'usage de l'alun pour combattre l'hypertrophie habituelle de ses amygdales, hypertrophie qui entretient dans ces organes ou dans leur voisinage une subirritation favorisant les récidives si fâcheuses de l'état aigu. Il devait faire un voyage, et il renvoya à son retour à Lyon ce complément du traitement.

J'avoue que les autres cas observés par moi présentaient les symptômes d'une inflammation moins aiguë; mais de tous ces faits et de plusieurs autres observés ailleurs, il n'en résulte pas moins pour moi, sinon la conviction, du moins une forte présomption que la plupart des angines gutturales, même aiguës, celles surtout qui se développent si fréquemment dans nos villes brumeuses et humides, peuvent être très-avantageusement modifiées, je ne dis pas jugulées, car j'hésite à me servir d'une expression aussi hardie, par le sel en question employé convenablement : je dis dans nos villes où règne si fréquemment le froid humide, car ici le plus souvent, comme nous pouvons nous en convaincre par l'expérience, ces sortes d'affections ne sont pas franchement inflammatoires, elles sont dominées par le génie catarrhal; le sulfate d'alumine agit sur ces muqueuses ainsi enflammées très-probablement en changeant le mode de vitalité des tissus, et en y substituant une irritation qui remplace cette irritation catarrhale développée par une cause longtemps prolongée. Le même remède agirait-il avec autant d'avantage dans les pays chauds et secs, où, sans contredit, les éléments de l'inflammation sont tout autres que dans les régions humides et brumeuses? C'est ce que l'expérience n'a pas encore, je crois, décidé; mais cela est pour moi bien douteux.

J'ai dit plus haut que j'employais le sulfate d'alumine avec du sucre à parties égales; M. Velpeau l'a employé pur; M. Pétrequin met quatre parties de ce sel sur une de sucre. Je ne crois pas que ces différences soient bien importantes; mais une remarque qu'il est bon de faire, avec M. Pétrequin, c'est que lorsqu'on pratique l'insufflation avec un tuyau de plume, moyen qui, je crois, est le plus convenable, il est nécessaire de faire parvenir le bout de ce tuyau au moins jusqu'au niveau de la luette, car au moment de l'insuflation, s'il se trouvait en avant, le voile du palais, par un mouvement brusque et instantané, boucherait le passsage, et la poudre, donnant contre sa face antérieure, n'arriverait

pas dans l'arrière-bouche, tomberait sur la langue, et l'effet serait manqué. En résumé, d'après les observations qui me sont propres, comme d'après celles des auteurs précités, il est constant que le sulfate d'alumine employé d'une manière convenable et opportune jouit d'une efficacité prononcée, non-seulement dans les angines chroniques, mais encore dans quelques angines aiguës et très-intenses. Il n'est pas besoin de faire observer combien cette méthode est simple, et quel avantage il y a à éviter les longues convalescences qui suivent souvent l'usage des antiphlogistiques.

Célestin Perrin, D.-M.
à Lyon.

SUR L'EMPLOI RÉPÉTÉ DU VOMISSEMENT DANS LE TRAITEMENT DU CROUP CONFIRMÉ.

Nous avons publié, il y a bientôt deux ans[1], un article de M. Delarroque, médecin de l'hôpital Necker, sur la thérapeutique qu'il convient d'appliquer au croup. Les principes émis par cet excellent praticien ont porté leurs fruits. Un élève de l'école de Paris, M. le docteur Marrotte, ancien interne des hôpitaux, vient de publier trois observations de croup confirmé, dont il rapporte la guérison à la méthode énergique et hardie qui a été consignée dans ce recueil. Nous nous associons volontiers aux efforts de M. Marrotte pour propager un traitement si utile, en présentant à nos lecteurs l'analyse de son travail.

M. Marrotte fut appelé, le 8 février 1841, à dix heures du soir, auprès d'une petite fille de cinq ans offrant des symptômes du croup. Il trouva les amygdales très-grosses, le voile du palais et la luette un peu moins tuméfiés, mais présentant une teinte rouge peu prononcée et accompagnée d'une sorte de transparence; la voix et la toux étaient enrouées, mais il n'y avait pas de sifflement laryngé. Quoique ne croyant avoir affaire qu'à une angine catarrhale, il prescrivit le sirop d'ipécacuanha à prendre par cuillerée à café toutes les dix minutes, jusqu'à ce qu'il eût produit quelques vomissements. La petite malade vomit cinq ou six fois dans la nuit. Les journées des 9 et 10 février se passent bien. Dans la soirée du 10 un peu d'oppression, voix plus enrouée, toux plus rauque, amygdales recouvertes comme d'un réseau blanchâtre. Dans la matinée du 11 quelques accès de suffocation. La voix et la toux présentent à un haut degré les caractères distinctifs du croup; elles sont sourdes et métalliques, inspirations sifflantes, fausses membranes sur les deux amyg-

[1] Tome XIX, p. 114.

dales. Cautérisation de la gorge au moyen d'une éponge trempée dans une solution de 2 grammes de nitrate d'argent dans 15 grammes d'eau. On fait vomir l'enfant à deux reprises, à cinq heures d'intervalle, en lui administrant par cuillerée à café, toutes les dix minutes et jusqu'à effet vomitif, la potion suivante : tartre stibié 10 centigrammes, sirop d'ipécacuanha 30 grammes, eau 60 grammes. Expulsion de fausses membranes, amendement notable des symptômes. Les 12 et 13 février l'amélioration est des plus complètes. Le 14 retour de l'agitation, nouveaux accès de dyspnée, reproduction des fausses membranes sur les amygdales; la voix et la toux ont repris le caractère croupal, l'inspiration est redevenue sifflante. Malgré deux cautérisations avec la solution de nitrate d'argent, malgré deux vomitifs administrés dans la nuit, les symptômes sont, le 15, plus alarmants, les phénomènes d'asphyxie plus prononcés. Comme le pronostic était des plus graves, M. Marrotte pria M. Delarroque de vouloir bien l'aider des sages conseils de son expérience. A quatre heures du soir, heure de la consultation, l'enfant paraissait avoir tout au plus cinq ou six heures à vivre, si on abandonnait la maladie à elle-même. Il fut décidé que la série des moyens actifs suivants serait à la fois mise en usage dans l'espace d'une heure et demie au plus : 1° appliquer au devant du larynx dix sangsues qu'on laissera couler jusqu'à ce que l'enfant pâlisse et menace de tomber en syncope; 2° profiter de l'état de demi-syncope pour administrer par cuillerée à café, de dix en dix minutes, la potion suivante : sirop d'ipécacuanha 60 grammes, émétine impure 20 centigrammes, eau 30 grammes; 3° en même temps appliquer un large vésicatoire sur le sternum; 4° des cataplasmes vinaigrés aux pieds.

Le tout fut rigoureusement exécuté par M. Marrotte lui-même. A peine les sangsues furent-elles gorgées de sang que la respiration devint moins bruyante, moins précipitée; le sifflement s'affaiblit, l'état asphyxique diminua. La potion émétique ne produisit aucun effet. Une cuillerée à bouche de solution stibiée amena un vomissement qui fut répété dans la soirée. A minuit le changement était si satisfaisant qu'on avait peine à y croire. Néanmoins on répète le vomitif à cinq heures du matin. Débris de fausses membranes. Le 16 on peut à peine faire vomir la malade avec le tartre stibié, quoiqu'on en administre 20 centigrammes le matin et autant le soir. On donne alors 35 centigrammes de sulfate de zinc en trois doses, et on obtient des vomissements répétés. A partir de ce moment l'amélioration se consolide et va croissant; on touche les amygdales avec le nitrate d'argent, avec du calomel en poudre; on fait des frictions avec l'onguent napolitain sur le cou, etc. Le 20 février la convalescence est complète.

Le second malade est également une petite fille de cinq ans environ. Le croup était confirmé, la toux était rauque et profonde, la voix voilée, la respiration gênée, l'inspiration sifflante. Instruit par le premier cas que nous venons de rapporter, M. Marrotte n'éprouva aucune hésitation dans le traitement. Six sangsues furent à l'instant appliquées au devant du larynx; on les laissa couler jusqu'à la pâleur du visage; on enveloppa les pieds de cataplasmes sinapisés, et l'on administra par cuillerée à café, de dix minutes en dix minutes, du sirop d'ipécacuanha. Tout cela fut fait vers une heure du matin. A cinq heures seulement eurent lieu les premiers vomissements, qui amenèrent l'expulsion de débris pseudo-membraneux. Quatre jours après la santé était parfaitement rétablie.

La troisième observation a pour sujet Lucy W., âgée de trois ans et demi. Coqueluche prolongée; croup; fausses membranes sur les amygdales, que l'on touche avec l'acide hydro-chlorique pur. Quatre sangsues au devant du larynx; par cuillerée à café 30 grammes de sirop d'ipécacuanha qui déterminent le vomissement de matières filantes contenant des débris de pseudo-membranes. Soulagement, mais pas au même degré que dans les deux cas précédents. Large vésicatoire au devant du sternum. Le sifflement dans l'inspiration et la raucité de la voix étant revenus, M. Marrotte insiste beaucoup sur les vomitifs, qu'il administre à courts intervalles et à dose élevée. Grâce à ce traitement énergique, la petite malade était convalescente le dixième jour.

L'action du traitement a été des plus évidentes dans ces trois cas. Les émétiques, dans les première et troisième observations, les seules où ils aient été employés largement, n'ont pas produit des vomissements d'autant plus nombreux qu'on répétait davantage leur administration; mais leur action s'est en quelque sorte épuisée de plus en plus, et il s'est établi une sorte de tolérance qui a nécessité des doses plus fortes et plus rapprochées, pour obtenir des résultats quelquefois moins prononcés qu'au début. Quoique les doses de l'émétique aient été portées jusqu'à 30 et 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures, M. Marrotte n'a observé à aucune époque la moindre trace d'irritation gastrique; jamais de soif, jamais de rougeur de la langue, ni de douleur, même à la pression, dans la région épigastrique; jamais de vomissements spontanés lorsque le vomitif a cessé d'être employé; enfin, l'appétit s'est fait sentir avec énergie trente-six ou quarante-huit heures après l'administration du dernier émétique, et les fonctions digestives se sont exécutées avec régularité.

L'effet sédatif, au contraire, a été très-prononcé; presque constamment les vomissements étaient suivis de calme et de sommeil; cela a surtout été remarquable chez Lucy W., dont l'estomac a toujours été for-

tement ébranlé par l'émétique, l'effet vomitif se manifestant quelquefois encore une heure et demie après l'administration du médicament. Après avoir vomi, cette pauvre enfant se jetait sur son lit, accablée de fatigue; mais elle ne tardait pas à être prise d'un sommeil profond et tranquille, dans les premiers moments duquel on n'entendait aucune espèce de ronflement, et qui durait souvent une heure et demie, deux heures.

Examinant s'il a fait un usage également judicieux des émétiques chez ces trois malades, M. Marrotte avoue que dans le premier cas, n'ayant pas encore expérimenté ou vu expérimenter la méthode qu'il préconise aujourd'hui, il a porté dans son emploi un peu trop d'hésitation, il reconnaît qu'il aurait pu perdre sa première malade, si une main ferme ne l'avait soutenu dans la bonne route; et il en aurait sans doute accusé l'insuffisance de la méthode vomitive, qui, mieux comprise, lui a fourni un résultat si brillant chez Lucy W., malgré l'étendue et l'abondance des fausses membranes, malgré la reproduction opiniâtre de la matière plastique. Peut-être aussi, dans cette première observation, n'a-t-il pas assez tenu compte de l'élément inflammatoire : l'action si prompte des sangsues appliquées au huitième jour de la maladie, et l'heureux effet des vomitifs après cette perte de sang abondante, le portent à penser que le mal n'eût pas été aussi opiniâtre s'il avait débuté par une évacuation sanguine comme dans les deux cas qui ont suivi; car les fausses membranes se reproduisaient avec lenteur, et les vomissements n'étaient pas aussi chargés de lymphe plastique, coagulable par la chaleur, que dans le troisième cas. Il croit donc qu'il y a de l'avantage à commencer le traitement par les évacuations sanguines, lors même que la maladie n'est pas violente, à moins que la faiblesse de l'enfant s'y oppose. M. Marrotte signale la facilité avec laquelle il s'est confié aux rémissions qui ont eu lieu, parce que cette facilité l'a conduit plusieurs fois à mettre de longs intervalles dans l'administration de l'émétique, pendant lesquels la maladie regagnait le terrain qu'elle avait perdu. C'est une faute dans laquelle sont tombés même des partisans de la méthode vomitive, et qui explique quelques-uns de leurs insuccès. Profitant plus tard de l'expérience qu'il avait acquise, il n'a suspendu les vomitifs, dans les deux autres cas, que lorsque les signes fournis par la voix, par la toux, et surtout par la liberté de la respiration, ont annoncé définitivement la convalescence. Il est positif, dans le traitement du croup, que les succès ne dépendent pas tant de la découverte de quelque médication extraordinaire que de l'usage bien entendu des moyens qui sont employés par tout le monde.

Il est à remarquer que parmi les médecins qui ont écrit sur le croup, ceux qui ont fait un usage hardi des vomitifs s'accordent tous à annon-

cer des succès nombreux, tandis que ceux qui se sont montrés plus timides, ou qui ont employé d'autres agents thérapeutiques, se disent moins heureux et moins confiants dans les moyens qu'ils recommandent. Jurine ne perd qu'un malade sur neuf; Albers et son compatriote Olbers affirment que le croup n'est jamais mortel si le médecin est appelé au début de la maladie, et qu'il présente de grandes ressources tant que l'agonie n'a pas commencé. Le docteur Serlo de Crossen a eu tellement à se louer de la méthode de traitement par le sulfate de cuivre, conseillée par le docteur Hoffmann, que sur quarante ou cinquante malades atteints de croup, chez lesquels il l'appliqua, quatre seulement ont succombé; et encore, ajoute-t-il, chez trois de ces derniers, le sulfate de cuivre avait été administré trop tard, et, chez le quatrième, les parents n'avaient point suivi avec exactitude l'ordonnance du médecin. Le docteur Serlo, son fils, a obtenu des succès analogues.

Sur douze malades, traités par le sulfate de cuivre, le docteur Dür n'en a perdu qu'un seul à la suite de phénomèmes hydrencéphaliques: chez ce malade, le croup avait cessé trente-six heures auparavant. Parmi tous les médicaments que le docteur Malin de Cottbus a employés contre le croup, c'est encore aux vomitifs qu'appartient, selon lui, le premier rang, et, parmi eux, au sulfate de cuivre. On peut citer encore la pratique si heureuse du docteur Delarroque, qui est peut-être, de tous les praticiens, celui qui attaque le croup avec plus de vigueur, et qui paraît aussi avoir obtenu les succès les plus décisifs. Des résultats semblables sont annoncés par le docteur Jourdain, de Bioche. Depuis que ce médecin a employé la formule des vomitifs coup sur coup, il affirme n'avoir pas perdu un seul malade, et, dans tous les cas, il a vu le croup céder plus facilement qu'une simple bronchite.

Dans l'appréciation de la méthode vomitive, il ne faut s'en laisser imposer ni par la variété des émétiques auxquels chaque auteur donne la préférence, ni même par l'association de médicaments plus ou moins nombreux, qui, pour la plupart, concourent peu à la guérison; celle-ci repose presque entièrement sur l'effet thérapeutique du vomissement, de quelque manière qu'il ait été provoqué. Ce qu'il importe de connaître, ce sont les indications et la méthode thérapeutique; le choix des médicaments est d'un ordre secondaire.

Les émétiques réunissent la plupart des avantages des médicaments qui ont été appliqués au traitement du croup, sans en présenter les inconvénients : leur action est prompte, énergique, comme la maladie qu'ils sont destinés à combattre; ils produisent une révulsion puissante, en congestionnant le système abdominal; ils déterminent une perturbation nerveuse des plus favorables par l'état de syncope et de malaise qui

en est la conséquence, et qui est tout à fait analogue à celui que détermine la saignée; mais ils l'emportent sur cette dernière, en ce qu'ils ne sont pas seulement, comme elle, un des sédatifs immédiats les plus énergiques; mais encore parce qu'on peut y recourir souvent et longtemps; parce qu'ils n'exercent pas une véritable spoliation, ou du moins une spoliation de toute la substance du sang, mais qu'ils enrayent et troublent seulement les actions nerveuses et laissent l'économie avec toute sa capacité réactionnelle. Les émétiques, enfin, ont seuls l'immense privilége de remplir l'indication capitale du croup, savoir : la rupture et l'expulsion mécanique des fausses membranes qui opposent un obstacle matériel à la respiration, et dont la présence fait le danger de cette affection. M. le docteur Delarroque pense même que c'est seulement de cette manière qu'ils sont si efficaces.

Il ne faut pas cependant laisser croire que les vomitifs ont le privilége de toujours guérir le croup à eux seuls, sans qu'il soit utile et même nécessaire de leur associer d'autres moyens. Les évacuations sanguines générales et locales ont une action des plus favorables, surtout lorsqu'elles sont poussées rapidement jusqu'à la syncope, soit en soustrayant les matériaux de la pseudo-membrane, soit en détruisant l'hypérémie locale, cause de spasme laryngé, soit enfin en produisant une sédation générale par l'état de syncope qu'elles amènent.

En somme, le mémoire de M. Marrotte a eu pour but d'établir les quatre points importants qui suivent :

1° Que la différence des résultats heureux ou malheureux obtenus par les divers auteurs dans le traitement du croup doit être attribuée à la différence des méthodes qu'ils ont suivies, plutôt qu'à la nature dissemblable des maladies qu'ils ont traitées;

2° Que de tous les médecins, ceux qui ont eu la pratique la plus heureuse ont fait un usage répété du vomissement, sinon comme agent exclusif, du moins comme agent principal dans le traitement du croup confirmé;

3° Que de tous les remèdes conseillés pour guérir cette maladie, les vomitifs, aidés des évacuations sanguines, sont les plus puissants et remplissent le mieux les indications pendant le cours entier de la maladie;

4° Que les vésicatoires, les sinapismes, les mercuriaux, etc., sont des adjuvants utiles de l'action des émétiques, mais ne peuvent leur être substitués.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA VALEUR RESPECTIVE DE CERTAINS APPAREILS A FRACTURE, ET DE L'ÉPOQUE LA PLUS CONVENABLE POUR LEUR APPLICATION.

Efficacité et simplicité des moyens, voilà le double but vers lequel doivent tendre les efforts de l'homme de l'art. Jusqu'à ce jour peu de chirurgiens ont compris l'importance de cette maxime; presque tous ont uniquement travaillé pour leurs confrères des hôpitaux et pour les malades qu'on y reçoit. Cependant, hors de ces asiles, il est d'autres confrères et d'autres malades qui réclament leur attention. C'est pour ces derniers qu'il faut surtout se mettre à l'œuvre, modifiant certains principes, en établissant de nouveaux, facilitant l'application de tous par le rejet d'un très-grand nombre d'instruments et d'appareils aussi inutiles que coûteux, et qu'on peut aisément et avantageusement remplacer par d'autres à la portée de tout le monde; les travaux faits dans cette direction auront le mérite incontestable d'être profitables à tous.

Mes remarques n'ont spécialement trait qu'aux fractures du corps de l'humérus, du fémur, de la jambe, de l'avant-bras, et aux luxations du genou, du coude, du poignet et du pied.

D'abord, établissons les conditions que doit remplir un bon appareil à fracture. Nous examinerons ensuite quel est le choix que, selon nous, on peut faire de certains de ces appareils, selon les cas.

1° Un bon appareil doit, dans une étendue suffisante, avoir prise sur les deux fragments, ou sur les pièces osseuses qui concourent à la formation d'un article;

2° Se plier, se mouler sur les formes des parties, les comprimer, les maintenir dans une direction normale, sans produire des pressions trop douloureuses;

3° Par son petit volume et sa légèreté permettre au malade tous les mouvements compatibles avec sa position;

4° Garantir l'immobilité pendant la durée du traitement;

5° Permettre, lorsqu'on le juge utile ou indispensable, de visiter l'état des parties malades, et d'assurer leurs rapports sans tout déranger;

6° Sa préparation doit être facile, expéditive, et on doit pouvoir trouver aisément chez tous les malades les pièces nécessaires.

Appareil de Scultet. — Cet appareil, si compliqué, a bien dans une étendue suffisante prise sur les deux fragments; mais les compresses, les paillassons, les remplissages de toute espèce, dont on le compose, ne

peuvent convenablement se plier, se mouler sur les formes des parties, les comprimer, les maintenir dans une direction normale, sans déterminer des pressions trop douloureuses. Son volume et son poids interdisent au blessé toute espèce de mouvement, et le condamnent à languir dans son lit pendant un temps toujours trop long, lorsqu'il est appliqué sur le membre inférieur.

Il ne saurait garantir l'immobilité pendant la durée du traitement, puisqu'il se relâche, se dérange presque à chaque moment, nécessitant ainsi des pansements réitérés qui, à la vérité, permettent de visiter l'état des parties malades et d'assurer leurs rapports, mais qui toujours causent au blessé des douleurs vives, quelles que soient les précautions dont s'entourent le chirurgien et ses aides, et forcent à tout déranger presque. Enfin, on ne peut trouver que dans un hôpital ou chez le riche les pièces nécessaires à sa confection toujours lente et difficile, et ce motif seul doit suffire pour le faire rejeter de la chirurgie des campagnes.

En résumé, le bandage de Scultet ne remplit guère qu'une des six conditions d'un bon appareil, la première.

Appareils de Pott, de White, de A. Cooper, de Dupuytren, de Delpech, ou système de la demi-flexion, ou à double plan incliné. — Ce système, naturalisé en France par Delpech et Dupuytren, et exclusivement en usage dans les fractures du col et du corps du fémur, est presque entièrement abandonné aujourd'hui et mérite de l'être. Même, pour les cas spéciaux qui réclamaient son application, ce système était loin de remplir les vues du chirurgien. L'extension et la contre-extension (expressions très-défectueuses, comme le fait judicieusement observer Mayor), étaient rarement efficaces; le bandage de Scultet, dont il fallait se servir, maintenait mal le contact exact et durable; tout mouvement était interdit; que de soins ne fallait-il pas enfin pour disposer les coussins de Pott, les lacs de Dupuytren, le pupitre de Withe! Ce système, tout défectueux, ne pouvait être adopté que dans les hôpitaux, et mieux vaut recourir à l'appareil de Mayor, qui à de nombreux avantages joint celui d'être spécialement utile dans les affections traumatiques de l'articulation coxo-fémorale, dans les fractures du col du fémur, et dans la luxation spontanée du même os.

Appareils de Sauter, Mayor, Munaret, Muret. — Je réunis dans un même article ces quatre appareils, parce qu'ils ont entre eux les plus grands rapports, ne différant que par quelques modifications plus ou moins importantes.

Tous offrent au membre fracturé ou luxé un point d'appui très-étendu; mais les gouttières en fil de fer de Mayor et de Munaret sont plus propres que le cadre garni de Sauter, que le pliant de Muret, que la simple

ou double planchette, à prendre prise dans une étendue suffisante sur les fragments ou les os luxés. Placé sur la planchette, et maintenu par un ou plusieurs mouchoirs, le membre malade peut facilement recevoir une direction vicieuse; mais, logé dans la gouttière en fil de fer qui se plie et se moule aisément sur toutes ses parties, en comprimant assez sans provoquer néanmoins de douleur, le membre lésé doit nécessairement conserver une bonne direction, ou la reprendre par le plus simple pansement. Sauter, Mayor, Munaret, Muret, ont beaucoup fait pour les malades en leur permettant des mouvements horizontaux, en leur permettant de se porter à la droite ou à la gauche du lit, de quitter même celui-ci pour plusieurs heures passées dans un fauteuil; mais ils n'ont pas tout fait, surtout pour les malades pauvres des campagnes; leurs appareils, quelque simplifiés qu'on les suppose, ne permettront jamais la marche, la promenade, et c'est ce qu'il faut pouvoir accorder au pauvre, surtout, qui, privé des agréments d'un intérieur commode et convenable, a besoin de dédommagement. Ces appareils permettent sans doute d'examiner avec facilité et presque à chaque instant l'état des parties affectées; mais leur immobilité, leurs rapports nécessaires sont alors très-souvent compromis, à moins qu'on ne condamne le malade au lit. Où trouvera-t-on aisément de quoi préparer le cadre garni de Sauter, la planchette de Mayor ou celles de Munaret, le pliant de Muret, les fils de fer pour les gouttières? Quels soins ne faut-il pas pour opérer la suspension de l'appareil?

En résumé, Sauter, Mayor, Munaret, Muret, se perfectionnant l'un l'autre, ont fait oublier en quelque sorte Scultet, se sont grandement approchés du but, mais sans l'atteindre.

Le cadre garni de Sauter, le pliant de Muret, la planchette de Mayor ou de Munaret, sont en dehors de la plupart des conditions exigées, ils offrent tout au plus un point d'appui suffisant à la facilité d'examiner aisément les parties malades; mais la deuxième, la troisième, la quatrième et la sixième condition manquent presque complétement. Les gouttières en fil de fer et le mode supérieur de suspension de Munaret l'emportent de beaucoup par leurs avantages; il ne leur manque, pour être un appareil parfait, que de permettre tous les mouvements compatibles avec la position du blessé, et de pouvoir être facilement préparés chez tous les malades.

Appareil de Larrey. — Larrey, frappé des inconvénients nombreux du bandage de Scultet, et de la difficulté qu'on éprouve à faire usage de la méthode de Sauter chez les soldats en temps de guerre, pensa qu'un appareil rapidement solidifiable, emboîtant le membre lésé dans une grande partie de son étendue, lui offrant un appui solide, dispensant le chirurgien de tout pansement, même lorsqu'il existe des plaies

contuses et des foyers de suppuration, pourrait rendre les plus grands services sur les champs de bataille. De nombreux succès confirmèrent ses prévisions, et l'engagèrent à faire l'application de son appareil dans les hôpitaux, dans la pratique civile. Ici l'expérience parla autrement. On reconnut peu à peu que l'appareil, plein d'avantages et presque parfait lorsqu'il était appliqué à des soldats blessés et qu'on devait transporter à de grandes distances, présentait des inconvénients majeurs dans la pratique civile et dans celle des hôpitaux. L'appareil de Larrey, peu goûté, n'a jamais fait oublier celui de Scultet. Sur le champ de bataille, il pourra être avantageusement remplacé, et à bien moins de frais, par d'autres; dans la pratique civile, dans celle des hôpitaux, il doit être entièrement mis de côté; parce que s'il a prise sur les fragments dans une étendue suffisante, s'il se moule sur la forme des parties, s'il les maintient dans une bonne direction, cela n'a lieu que durant les premiers jours, perdant ensuite peu à peu ses avantages, laissant flotter le membre dans un étui, et exposant les fragments à se déplacer ou à vaciller;

Parce qu'il est lourd, volumineux, et condamne le blessé à un repos. presque complet et très-préjudiciable; parce qu'il ne garantit l'immobilité que pendant les premiers temps de son application, ses rapports avec le membre changeant à mesure qu'il se solidifie et que le gonflement des parties diminue;

Parce qu'il ne permet pas de visiter l'état des os luxés ou fracturés, de suivre la marche des complications; parce qu'il réduit le rôle du chirurgien à néant, dans un cas où ses secours peuvent être si utiles; parce qu'il exige pour sa préparation, toujours longue et difficile, dix-huit pièces diverses de linge, de l'alcool camphré, de l'extrait de saturne, des blancs d'œufs, toutes choses coûteuses, difficiles à se procurer, surtout chez le pauvre, et qui seront plus tard sacrifiées.

Procédé dit du plâtre. — Ce procédé, né dans l'Orient, ressuscité en Angleterre par le docteur Eaton, et aujourd'hui si généralement employé en Allemagne, à Berlin surtout, par Dieffenbach, a le double inconvénient de condamner le malade au lit, et de s'opposer à l'examen du membre fracturé; aussi pensons-nous qu'il doit être rejeté de la pratique.

Appareils de Seutin, Velpeau, Lafargue, Chardon. — M. Seutin le premier, en nous délivrant à tout jamais des draps fanons, des paillassons, des attelles en bois, a rendu un grand service aux chirurgiens, et fait faire à l'art un pas immense vers la perfection. Son appareil amidonné a produit une véritable révolution dans le traitement des fractures; généralement accueilli avec faveur, expérimenté avec zèle et attention, il fut reconnu supérieur à tous ses rivaux. On les mit de côté

pour ne s'occuper que de lui ; mais peu à peu on crut pouvoir mieux faire encore ; on modifia. M. Velpeau voulut remplacer l'amidon par la dextrine ; plus tard, M. Lafargue proposa un enduit gypso-amilacé ; enfin, M. Chardon, qui depuis quinze ans avait renoncé aux anciens appareils, et reconnu le besoin de simplifier, fit connaître les résultats qu'il avait constamment retirés de l'étoupade d'alun et de blancs d'œufs battus.

Il y a entre tous ces appareils tant de points de contact, ils diffèrent si peu, laissent si loin derrière eux ceux de Scultet, Sauter, Mayor, Munaret, Larrey, etc., etc., se rapprochent tellement du but indiqué, qu'il semble difficile d'établir leur valeur respective, et surtout de mieux faire.

J'ai dit qu'ils se rapprochaient beaucoup du but ; en effet, tous emboîtent les fragments dans une étendue convenable, mais tous n'offrent pas un point d'appui également solide ; l'appareil de Lafargue l'emporte sous ce rapport ; celui de Chardon est le moins avantageux.

Tous se moulent sur la forme des parties lésées, les compriment, les maintiennent dans une bonne direction sans produire trop de douleur ; mais celui de Lafargue assure mieux que tous les autres, par sa solidité, le rapport exact des fragments ou des extrémités luxées.

Tous sont peu volumineux, légers ; celui de Seutin, celui de Velpeau permettent au blessé presque tous les mouvements compatibles avec sa position ; ils lui permettent de quitter le lit, de marcher ; mais il ne peut jouir de ces avantages que plusieurs jours après leur application ; celui de Lafargue, ne demandant que quelques heures pour être entièrement sec et solide, joint au bienfait des rapports maintenus exacts dès les premiers moments, celui de faciliter tout d'abord les mouvements nécessaires ; celui de Chardon ne permet rien de pareil, puisque son auteur conseille le séjour au lit jusqu'à la guérison.

Tous garantissent l'immobilité pendant la durée du traitement, mais à des degrés divers. Ainsi, celui de Seutin, celui de Velpeau, exigeant deux ou trois jours pour leur consolidation convenable, compromettent beaucoup l'immobilité pendant ce temps. Celui de Chardon se sèche avec promptitude, mais il n'est jamais assez résistant pour assurer un rapport exact, au moins hors du lit. Celui de Lafargue, ainsi que je viens de le dire, ne réclamant que quelques heures pour arriver à une solidification parfaite, maintient le mieux possible le rapport des fragments ou des extrémités luxées, et cela depuis le commencement jusqu'à la fin de la cure.

Tous pouvant être fendus et faire gouttière, permettent, lorsqu'on le juge utile ou indispensable, de visiter l'état des parties malades sans rien déranger.

Tous sont d'une préparation facile et expéditive ; mais on ne trouve pas également chez tous les malades les objets nécessaires à leur construction. Ainsi l'appareil de Seutin, celui de Velpeau veulent, pour être convenablement solides, quatre ou cinq bandes roulées les unes sur les autres. On trouve partout de l'amidon ; mais la dextrine, encore inconnue dans les campagnes, y sera toujours peu employée. L'étoupade d'alun et de blancs d'œufs battus nécessite plus de soins que l'appareil amidonné. Le bandage de Lafargue réunit à d'autres avantages celui d'une préparation facile et économique; facile, parce qu'on trouve aisément partout de l'amidon et du plâtre; économique, parce que l'enduit gypso-amilacé, se séchant promptement et offrant une grande résistance, demande un plus petit nombre de bandelettes.

En résumé, l'appareil du docteur Lafargue mérite la préférence ; cependant il est susceptible d'une modification importante, très-propre à le faire exclusivement adopter sur le champ de bataille, dans les hôpitaux, dans la chirurgie des villes et surtout dans celle des campagnes. Voici cette modification.

On a dit que les appareils en papier ne détrôneraient jamais les appareils en linge ; n'avait-on pas dit aussi que le coton, que les mouchoirs n'auraient jamais le dessus sur la charpie et sur les bandes? Et cependant on sait à quoi s'en tenir sur ce point. Je crois que peu à peu le papier finira par l'emporter, parce que peu à peu on reconnaîtra qu'avec lui et l'enduit gypso-amilacé, on peut construire partout et avec la plus grande facilité un appareil très-solide, léger, peu embarrassant, fort économique. Un appareil ainsi fait augmentera si peu le volume d'un bras, d'une jambe, qu'il sera très-aisé de passer une manche d'habit ou un bas.

Avec quelle facilité ne pourra-t-on pas donner aux bandelettes la longueur et la largeur voulues! de plus, toutes seront unies, également épaisses, avantages qu'on ne trouve pas toujours dans la lingerie du riche, et jamais chez le pauvre.

Ceux qui, peu convaincus des avantages d'un appareil en papier, voudraient néanmoins économiser le linge, pourront faire usage du coton ouaté. Celui-ci, tel qu'on le vend, peut être facilement découpé en bandelettes, qui, enduites du mélange gypso-amilacé, se mouleront très-bien sur la forme des parties, sans les grossir trop, et acquerront la solidité convenable. Le coton ouaté, plus maniable que l'étoupe, doit avoir la préférence sur elle, mais le céder au papier.

A quelle époque convient-il de placer l'appareil? — Cette question, qu'on ne s'est presque pas adressée, est néanmoins une des plus importantes de la chirurgie. Mettre en présence les diverses opinions, les éclairer l'une par l'autre, établir leur valeur respective, exigerait de

longs développements dans lesquels je n'entrerai pas, me bornant à faire valoir les raisons principales qui doivent déterminer la conduite du chirurgien, non-seulement d'après la nature de la lésion, mais encore d'après les circonstances de lieu, ce qu'on n'a pas fait.

1° *Dans les ambulances.* — Là toutes les fractures étant le résultat de causes directes externes, et présentant généralement des complications graves, telles que déchirure et contusion des parties molles, broiement des os, etc., etc., l'application immédiate de l'appareil du docteur Lafargue, modifié, toutes les fois qu'on juge la conservation du membre possible, est nécessaire, indispensable, parce qu'il diminue les douleurs inséparables d'un trajet plus ou moins long, parce qu'il s'oppose efficacement aux déplacements des fragments en prévenant les contractions musculaires, parce qu'il empêche assez bien le développement de tout engorgement, ou qu'il le fait cesser plus ou moins vite à l'aide de la compression qu'il exerce.

2° *Dans les hôpitaux.* — Ici, les malades pouvant être examinés presque à chaque heure du jour, la conduite du chirurgien doit varier selon les cas.

Dans toute fracture *simple*, et qu'on suppose ne devoir être suivie que de peu d'inflammation et d'engorgement, on peut sans différer placer l'appareil, parce qu'il permettra au blessé de quitter presque aussitôt son lit, sans compromettre le rapport exact des fragments, sans mettre le chirurgien dans la nécessité de l'enlever ou de le modifier plus tard pour parer à des accidents qui ne doivent pas raisonnablement survenir.

Dans toute fracture *compliquée*, il faut d'abord combattre les complications, attendre que l'inflammation et le gonflement des parties, qui en est la suite, aient cédé aux moyens convenables ou considérablement diminué, parce qu'il n'y a aucun inconvénient à attendre douze ou quinze jours et plus, selon la nature des lésions, l'âge du malade, sa constitution; parce qu'il y aurait de la témérité à agir autrement, courant risque de provoquer des étranglements suivis de gangrène; parce qu'on serait dans l'obligation d'enlever ou de modifier l'appareil; parce qu'au lieu de hâter la guérison par l'application hâtive du bandage, on la retarderait de beaucoup, tout en l'achetant plus cher et la rendant moins parfaite.

3° *Dans la pratique civile.* — Ici, il faut établir des distinctions, selon qu'il s'agit du chirurgien des villes ou du chirurgien de campagne, selon que l'un et l'autre ont la facilité de voir souvent le malade ou qu'ils ne peuvent jouir de cet avantage qu'à des intervalles éloignés.

1° Le chirurgien de la ville, ayant presque toujours affaire à des sujets

capables d'apprécier plus ou moins les motifs de sa conduite, et plus disposés aux sacrifices d'argent et de temps, peut, lorsque les malades sont en quelque sorte sous ses yeux, imiter le chirurgien d'hôpital dans les fractures *simples* et *compliquées*.

2° Le chirurgien de campagne, appelé à traiter presque toujours des malades avares de l'argent et du temps, incapables de comprendre ses motifs de détermination, peu confiants dans sa science, toujours disposés à le quitter pour le rhabilleur, moins exposés aux accidents graves de telle ou telle complication, doit suivre une conduite un peu différente. Pour lui, l'application immédiate de l'appareil deviendra nécessaire, non-seulement dans toute fracture simple, mais encore dans la plupart des fractures *compliquées*, dans celles qui le sont le moins cependant. C'est à lui à juger les différents cas, c'est à lui à comprendre le besoin de satisfaire à certaines exigences pour empêcher son malade ignorant et crédule de se jeter dans les bras d'un renoueur, non dans un but d'intérêt, mais pour le préserver du malheur d'avoir un membre estropié.

3° Lorsque le malade ne peut être visité qu'à de longs intervalles, qu'il est pauvre, ignorant, crédule, pressé de reprendre ses travaux, le chirurgien de la ville et celui de la campagne ne doivent jamais appliquer immédiatement l'appareil dans un cas de fracture compliquée, même légèrement; parce que, quelles que soient les recommandations, le blessé, impatient de quitter son lit, enhardi par les conseils de ses proches, comptant sur la solidité du bandage, fort de l'absence de l'homme de l'art, se livrerait à des mouvements inconsidérés bien propres à provoquer des accidents ou à augmenter ceux qui existent déjà. Dans ces circonstances, le chirurgien doit combattre les complications, attendre que la fracture soit ramenée à un grand état de simplicité, et puis placer l'appareil, qu'on ne sera probablement pas exposé à toucher. Le blessé, laissé dans son lit, sans bandage, redoutant la douleur et craignant d'aggraver sa position, s'abstiendra de tout mouvement violent, fera tout ce qu'on lui aura dit pour obtenir au plus tôt l'application de l'appareil, et travaillera ainsi dans ses propres intérêts.

4° Dans les hôpitaux, dans la pratique civile, toutes les fois qu'on juge utile de renoncer momentanément à l'appareil, il n'en faut pas moins placer le membre dans une position convenable. Un oreiller un peu résistant, déprimé en forme de gouttière, peut rendre de bons services; le membre blessé y sera logé et maintenu à l'aide de lacs, avec la précaution de laisser à découvert les parties malades. C'est ici que l'appareil hypponarthécique de Mayor, réduit à sa plus simple expression (la simple planchette, les liens suspenseurs et un ou deux mouchoirs), aura des avantages incontestables, en prévenant tout dérangement fâcheux, en

laissant au malade la liberté de plusieurs mouvements, en favorisant le traitement des complications.

ESPEZEL, D.-M.,
à Esperaza (Aude).

SUR LA NATURE ET LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE; ET SUR L'EMPLOI D'UN TOPIQUE SPÉCIAL DANS CETTE MALADIE.

Par M. A. VELPEAU[1].

L'hémorrhagie et la gangrène, qui ont tant occupé, tant effrayé les malades et les médecins d'autrefois, sont, grâce aux progrès des sciences, grâce aux ressources de l'art, rarement inquiétantes aujourd'hui. Il n'en est pas de même, malheureusement, de certaines inflammations, de la *purulence*, qui compliquent si souvent, au point de les rendre dangereuses, si ce n'est inévitablement mortelles, les plaies, les blessures de toutes sortes, et les différentes opérations chirurgicales. Parmi les inflammations qu'il importerait de savoir prévenir ou éteindre, l'érysipèle doit incontestablement être placé en première ligne. C'est lui, en effet, qui, se montrant à l'occasion de la plus légère égratignure, comme à la suite des plus grandes opérations, oblige à tant de réserve dans le pronostic des blessures, qui vient si fréquemment troubler la joie des opérés et la sécurité du chirurgien.

Les recherches que j'ai dès longtemps entreprises pour apprécier la véritable nature et la thérapeutique de ce fâcheux accident, m'ont conduit à quelques résultats dont je crois devoir dire un mot aujourd'hui.

Ayant constaté que des inflammations fort diverses sous le rapport du siége, des causes, de la marche, du danger, du traitement, ont été, sont encore journellement confondues dans la pratique sous le titre d'érysipèle, j'ai dû m'efforcer avant tout de bien préciser les caractères propres à chacune de ces inflammations. En procédant de la sorte, je suis arrivé à séparer complétement, à l'aide de signes positifs, la *phlébite,* ou inflammation des veines, le *flegmon diffus* ou inflammation du tissu cellulaire, et l'*angioleucite* ou inflammation des vaisseaux lymphatiques, de l'*érysipèle proprement dit;* à établir que ces quatre flegmasies, quoique susceptibles de se confondre, de se combiner, n'en

[1] Cet article, dans lequel M. le professeur Velpeau rend compte de ses nombreuses expérimentations touchant la thérapeutique de l'érysipèle par cause externe, et où il recommande l'emploi d'un nouveau moyen dans cette maladie, n'aurait pu être qu'incomplètement analysé; il est extrait des Annales de la chirurgie française et étrangère.

sont pas moins parfaitement distinctes, du commencement à la fin. Ce que j'ai dit ailleurs de la phlébite et du flegmon diffus (*Rev. méd.* 1829, t. II, p. 390), le Mémoire que j'ai publié sur l'angioleucite, en 1835 (*Arch. gén. de méd.*, t. VIII, 2e sér., p. 129-308) me dispensent d'y revenir en ce moment. Le contenu de la présente note doit donc s'entendre exclusivement de l'érysipèle, de l'*érysipèle proprement dit.*

Une piqûre de sangsue, un vésicatoire, un cautère, une moucheture, l'enlèvement, la cautérisation d'un tubercule de la tête, de l'épaule, de la main, une incision quelconque, peuvent occasionner un érysipèle. Dans les grands hôpitaux, où elle règne presque sans interruption, avec des recrudescences souvent épidémiques, cette maladie est une véritable peste. Je tiens du chirurgien des stations anglaises au Brésil, que les ravages causés par l'érysipèle, dans ces contrées, ne sont pas moins désolants que parmi nous. J'ai reçu en 1838, de l'administration des hôpitaux de Boston, une lettre insérée par extrait dans la *Gazette médicale* (1838, p. 496), et qui avait pour but de provoquer en Europe de nouvelles recherches, d'obtenir, de France et d'Angleterre, un remède qui pût débarrasser l'humanité de ce fléau dévastateur.

§. I. *Nature et marche de l'érysipèle.* — Les expériences que j'ai faites, les observations que j'ai recueillies depuis vingt-cinq ans, m'autorisent à établir, entre autres faits, sur cette double question :

1° Que, pris au point de vue chirurgical, l'érysipèle a sa *cause prédisposante* dans les inflammations extérieures, atmosphériques ou météorologiques, bien plus que dans l'état de santé ou de constitution générale du malade;

2° Qu'il reconnaît presque toujours comme *cause déterminante* ou occasionnelle une blessure, un état croûteux, une irritation quelconque d'un point de l'enveloppe tégumentaire;

3° Que sa *cause efficiente* est en général une matière venant du dehors, ou de tissus dénaturés, et se mêlant aux fluides de la région malade, secondairement ou de prime abord;

4° Que les fluides ainsi altérés produisent deux ordres de phénomènes morbides, des phénomènes généraux et des phénomènes locaux, les premiers avant les seconds quand il y a d'abord passage des fluides dans le torrent général de la circulation, les seconds avant les premiers si l'altération ne se fait que par imbibition;

5° Que dans la peau malade, enflammée, les fluides, dénaturés par l'élément morbifique, ne semblent circuler, avancer que par *endosmose*; bien que, marchant de proche en proche, gagnant en surface et non en profondeur, l'érysipèle s'étale sur le derme ou dans le derme, à la manière de l'huile sur un plan;

6° Qu'une grande proportion de la matière morbifique reste jusqu'à la fin sous l'épiderme ou dans le tissu cutané, mêlée au sang dans la plaque organique enflammée;

7° Que la totalité d'un érysipèle est à peu près constamment formée de plusieurs petits érysipèles successifs;

8° Qu'une plaque d'érysipèle isolée s'éteint en général d'elle-même au bout de quatre à six ou huit jours;

9° Que la durée de tout le mal est rendue ainsi très-variable en raison du nombre de plaques érysipélateuses qui se succèdent ou qui s'ajoutent les unes aux autres;

10° Que les remèdes, soit internes, soit externes, capables de dissiper un pareil mal, doivent tendre surtout à modifier le sang.

§ II. *Thérapeutique de l'érysipèle.* — Je n'ai de résultats concluants, jusqu'ici, que sur les médications externes. Les érysipèles soumis à mon examen sont au nombre de plus de mille, puisque j'en vois au moins soixante à l'hôpital seulement chaque année; mais je n'ai tenu note exacte que de quatre cents.

Depuis que je ne confonds plus l'érysipèle avec les autres inflammations, vingt-cinq malades en ont été traités par la compression; tous ont gardé leur érysipèle de six, huit à vingt jours. La rougeur diminuait sous le bandage, mais sans cesser d'être mordicante, douloureuse sur les points comprimés.

L'inflammation a continué de s'étaler. Si j'ai cru le contraire autrefois, c'est que je confondais, comme tout le monde, l'érysipèle véritable avec les autres inflammations signalées plus haut.

J'ai essayé trente-trois fois le vésicatoire volant, seize fois sur le centre de l'érysipèle, cinq fois en en couvrant et au delà toute la partie rouge, douze fois sur les confins des régions malades : jamais la durée commune du mal n'a été sensiblement abrégée par ce remède, qui ne réussit véritablement que dans certains cas d'érysipèle flegmoneux ou d'angioleucite.

L'azotate d'argent, que j'ai employé sur trente malades, soit en nature, soit en solution concentrée, en l'étalant tantôt à la surface, tantôt sur le contour seulement de l'érysipèle, ne m'a pas donné de résultats plus satisfaisants.

Je n'ai tenté que deux fois la cautérisation avec le fer rouge, d'après les préceptes de M. Larrey.

Deux cents de mes malades ont été soumis à l'usage de l'onguent napolitain, que j'appliquais à la péritonite dès 1825, et dont une foule de praticiens se sont tant loués depuis. En 1831, 1832, je crus un instant que ce moyen avait réellement une certaine efficacité; mais ce n'était

qu'une illusion. *L'onguent mercuriel ne guérit pas, n'arrête pas l'érysipèle*. Il en abrége quelquefois la durée d'un jour ou deux, et le rend peut-être un peu moins douloureux. Voilà uniquement pourquoi je l'ai si souvent mis en usage; pourquoi je m'en sers encore dans certains cas, même depuis que j'ai essayé le topique dont je parlerai à la fin de cette note; pourquoi la pratique l'eût sans doute conservé, s'il n'avait pas d'ailleurs le triple inconvénient de répugner singulièrement à la plupart des malades, d'exposer aux dangers de la salivation, et de gâter sans retour tous les linges qu'il touche.

Ayant employé comparativement en frictions l'axonge pure et fraîche sur vingt-trois malades, j'ai vu qu'elle adoucissait un peu l'érysipèle, sans en ralentir sensiblement la marche, et qu'au total elle avait encore moins d'efficacité que l'onguent mercuriel, dont elle n'a, du reste, aucun des inconvénients.

J'ai fait douze essais avec une pommade composée de 4 grammes de précipité blanc, par 30 grammes de graisse, et la maladie a paru être plutôt aggravée qu'amoindrie.

De l'acide sulfurique, largement étendu d'eau, employé en lotions sur dix malades, n'a rien produit de notable.

Essayé de la même façon dans dix autres cas, l'acide chlorhydrique ne m'a rien donné de plus satisfaisant.

Il en a été de même de l'acide citrique, de l'acide tartarique, de l'oxycrat, de l'eau salée, ou solution de chlorure de sodium, dans six cas pour chacune de ces substances.

On avait aussi parlé du nitrate d'argent, acide de mercure. J'y ai eu recours six fois seulement, trois fois en lotions, après l'avoir considérablement étendu d'eau, et trois fois à titre de caustique léger sur le contour de l'érysipèle. Il n'en est rien résulté d'utile.

Je n'ai pas été plus heureux avec le camphre, avec les mouchetures.

Désespéré, découragé, j'avais renoncé à tous mes essais, bien décidé à les taire, si ce n'est dans mes leçons cliniques, afin de ne pas troubler la confiance des praticiens qui croient encore qu'on arrête l'érysipèle véritable avec le vésicatoire, l'azotate d'argent, l'onguent mercuriel ou l'axonge, lorsque les modifications imprimées au sang par les préparations de fer me sont revenues à la pensée.

§ III. *Topique spécial.* — Partant de l'idée que, dans l'érysipèle, les tissus enflammés sont imbibés de sang, de fluides dénaturés, je me suis demandé si des topiques ferrugineux n'offriraient pas quelques chances de succès dans une maladie aussi superficiellement placée. C'est au sulfate de fer que je me suis d'abord adressé sous ce rapport. En solu-

tion, je l'ai employé à la dose de 30 grammes par litre d'eau ; en pommade, j'en ai mis 8 grammes par 30 grammes de graisse, après avoir tenté des proportions plus faibles ou plus fortes. Or, voici en quelques mots ce qui est arrivé chez quarante malades :

1° Homme dans la force de l'âge, varices opérées, ulcère sur le devant de la jambe, vingt-quatre heures de fièvre, érysipèle large comme la main autour de l'ulcère depuis douze heures : linges imbibés de solution de sulfate de fer. Le lendemain la rougeur s'éteint ; le jour suivant l'érysipèle est guéri.

2° Homme de quarante ans, érysipèle au visage depuis la veille : solution ferrugineuse, guéri le surlendemain.

3° Jeune homme, énorme plaie de tête depuis dix jours, fièvre, puis érysipèle qui comprend le front, le nez, les paupières, les joues et la lèvre supérieure : solution ferrugineuse. Dès le lendemain, la rougeur pâlit et les surfaces se plissent ; plus d'érysipèle le troisième jour.

4° Un vaste érysipèle se déclare à la cuisse et à la hanche, au-dessous et au-dessus d'un énorme abcès froid, chez un vieillard : solution ferrugineuse le premier jour. L'inflammation est éteinte dès le lendemain.

5° Homme de trente-deux ans : érysipèle qui n'occupe encore que le côté droit du visage ; au deuxième jour, solution ferrugineuse ; le troisième jour, la première plaque se ride, on oublie la solution ; quatrième jour, le nez, les paupières et le front sont pris. Solution : cinquième jour, les plaques de la veille disparaissent, mais la joue et l'oreille gauche sont envahies : solution ; sixième jour, tout est fini ; le malade n'a pas cessé de manger la demie.

6°, 7°, 8° Trois femmes ont exactement offert les mêmes particularités.

9°, 10°, 11° Il en a été de même encore d'un érysipèle développé au cou d'un homme auquel j'avais lié l'artère carotide ; d'un garçon dont l'érysipèle occupait le bras et l'épaule, puis d'un homme qui en avait un à la cuisse.

12°, 13°, 14° Un érysipèle datant d'un, de deux et de trois jours, et occupant la moitié inférieure de la jambe avec quelques caractères d'angioleucite superficiels, a disparu en vingt-quatre heures sous l'influence de la solution ferrugineuse chez trois jeunes gens.

15°, 16° Homme. — Abcès au pouce. — Angioleucite à l'avant-bras. — Solution ferrugineuse. — Le deuxième jour, plus de rougeur à l'avant-bras. — Troisième jour après, érysipèle au bras et à l'épaule. — Éruption rubéolique à la poitrine. — Solution ferrugineuse. — Le lendemain, il n'y a de rougeur que sur les points qui n'ont pas été couverts par les compresses médicamenteuses.

17°, 18° Un érythème intense, suite ou effet de larges brûlures à la main dans un cas, au pied dans un autre, chez deux femmes, traité par la solution ferrugineuse, a disparu en vingt-quatre heures.

19°, 20°, 21°, 22° Chez quatre autres malades, l'érysipèle s'est également éteint sur-le-champ ; mais comme il existait déjà depuis plusieurs jours, je n'ose pas dire que la solution de sulfate de fer y ait eu une grande part.

23°, 24° Chez une femme récemment opérée d'une tumeur au sein, et chez un homme affecté de varices aux jambes, il s'est développé, après quatre jours de prodromes inquiétants, un vaste érysipèle sur le thorax dans le

premier cas, à la tête dans le second; ici l'inflammation s'est maintenue sept jours, a même reparu le douzième, après de nouveaux prodromes chez l'homme; mais c'est que l'érysipèle, partant d'un point, s'est graduellement porté sur la presque totalité de la tête, de la poitrine, du cou et des bras.

Chez ces malades comme chez les autres, les plaques nouvelles d'érysipèle n'ont jamais duré qu'un ou deux jours. J'ajouterai que, moins efficace, mais d'un emploi plus commode que la solution quand il faut en couvrir de larges surfaces au tronc, la pommade a été préférée dans ces deux cas. Tout s'est passé de la même manière dans les seize autres cas.

A moins donc que de nombreuses et singulières coïncidences soient venues m'en imposer cette fois, comme il est arrivé déjà si souvent à d'autres, il y a réellement lieu de croire à l'efficacité du sulfate de fer en topique contre l'érysipèle. Dans aucun cas, la même plaque enflammée n'a résisté plus de vingt-quatre ou quarante-huit heures à ce moyen. Il est seulement étrange que l'érysipèle ambulant, éteint à son point de départ, n'en continue pas moins de se développer ainsi traité, même sur des régions déjà enduites et imbibées de la préparation de fer. Est-ce que ce remède serait, à l'instar de tant d'autres, curatif et non préservatif? Est-ce que, pour être modifiée, l'inflammation aurait besoin d'être complétement établie? Les recherches auxquelles je continue de me livrer nous l'apprendront peut-être.

Poussant plus loin mes essais, j'ai tenté aussi l'usage du sulfate de fer dans le traitement de quelques autres inflammations, l'angioleucite, l'érythème, le flegmon, la phlébite, quelques cas de rhumatisme aigu, par exemple. Je l'ai aussi donné à l'intérieur, dans le but de combattre l'infection du sang en général, d'atteindre la cause interne du mal dans l'érysipèle; mais je n'ai encore rien obtenu de bien concluant en sa faveur sous ce rapport.

Mode d'application du topique ferrugineux. — D'un emploi plus facile à la tête, au cou, au tronc tout entier, la pommade devrait être préférée à la solution si elle n'était pas un peu moins efficace; quand on est forcé de s'en servir, il importe au moins de la faire préparer par trituration, que le sel ferrugineux ait été porphyrisé pour se bien mêler à la graisse; qu'elle soit parfaitement homogène et ne donne point la sensation de sable aux doigts qui la frottent entre leur pulpe. On en étale largement, par onction ou par friction, trois fois le jour, sur la totalité de l'érysipèle et un peu au delà. La solution est employée en lotions à l'aide de compresses qu'on en imbibe toutes les six heures, et qu'on fixe sur la partie malade au moyen d'une bande. L'essentiel est que la peau en soit continuellement mouillée.

L'action antiphlogistique du sulfate de fer n'a manqué dans aucun des cas d'érysipèle où je l'ai mis en pratique jusqu'ici; mais ce médicament

rouille le linge à un très-haut degré, et c'est un inconvénient sérieux dans les hôpitaux, où l'économie doit, autant que possible, marcher de pair avec les perfectionnements de la thérapeutique. Divers réactifs chimiques auxquels j'avais songé, les essais auxquels M. Quevenne, pharmacien en chef de l'hôpital, s'est livré à ma prière, n'ont point enlevé cette couleur désagréable, comme je l'espérais, sans altérer en même temps la toile qui en était imprégnée. Une solution de sulfure de potasse, imaginée par M. Félix Darcet, réussit assez bien; mais son odeur est trop désagréable pour en permettre facilement l'adoption. Peut-être d'autres recherches produiront-elles quelque chose de plus satisfaisant.

Lorsqu'une dissolution de sulfate de protoxyde de fer reste exposée à l'air, dit M. Quevenne, elle ne tarde pas à se décomposer; une portion de sa base absorbe peu à peu l'oxygène de l'air et passe à l'état de peroxyde. Mais comme une base quelconque exige d'autant plus d'acide pour se saturer et constituer un sel neutre qu'elle est plus oxygénée, il résulte de cette loi, dans le cas dont il s'agit, que la quantité d'acide sulfurique primitivement existante pour constituer le protosulfate neutre, devient insuffisante pour saturer complétement la base en partie suroxydée : de là, de nouvelles modifications dans l'arrangement des éléments du sel. L'acide sulfurique se sépare en deux portions, dont l'une reste en dissolution combinée à du protoxyde et à du peroxyde, et formant ainsi un sel double de ces bases, qui reste en dissolution dans la liqueur et la colore en rougeâtre; l'autre portion d'acide sulfurique, beaucoup plus faible que la précédente, s'unit à un grand excès de peroxyde pour constituer un sulfate de fer sous-basique, qui se précipite sous forme d'une poudre jaunâtre insoluble.

Telle est très-vraisemblablement la marche que suit la décomposition du protosulfate de fer employé à l'état de dissolution aqueuse à faire des pansements : la poudre de sulfate de fer basique se précipite sur la fibre végétale à laquelle elle n'adhère pas seulement, mais avec laquelle elle forme une véritable combinaison. Il faut encore remarquer que cette précipitation se trouve favorisée par la proportion plus ou moins grande d'alcali de lessive que retient le linge, laquelle peut mettre à nu une certaine quantité d'oxyde de fer qui se combine également avec le tissu organique.

Cette combinaison est si intime et si tenace quand le linge est fortement coloré, que, pour enlever le fer, on est obligé d'employer de l'eau acidulée avec 1/200 d'acide sulfurique, et de favoriser la réaction au moyen de l'ébullition longtemps continuée; mais pendant cette opération, le tissu est lui-même fortement altéré, et il a perdu ensuite beau-

coup de sa solidité. Cependant, les portions qui ne sont pas fortement rouillées peuvent être blanchies en les faisant bouillir dans de l'eau contenant 1/100 d'acide sulfurique; dans ce dernier cas, le linge ne paraît pas avoir perdu de sa solidité.

En attendant, je me suis adressé à d'autres préparations de fer. J'ai songé au citrate, au lactate, au carbonate, au phosphate, pour en faire aussi une solution ou des pommades. M. Quevenne n'a trouvé que le tartrate qui fût tout à la fois peu dispendieux, très-soluble et sans effet sur la couleur naturelle du linge; mais tout indique malheureusement que ce dernier sel ne jouit pas de la même efficacité que le sulfate contre les inflammations, contre l'érysipèle.

C'est donc au sulfate de fer seul qu'il faut s'en tenir pour le moment, en n'oubliant pas que mes expériences ne sont encore ni assez nombreuses, ni assez variées pour être absolument concluantes; qu'une foule de points me restent à éclaircir, et que mon but, en les annonçant, est de solliciter le secours de la chimie autant que d'offrir un nouveau remède aux praticiens contre une maladie qui s'est constamment jouée de la thérapeutique jusqu'à présent.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR L'EMPLATRE D'HUILE DE CROTON TIGLIUM. RÉFLEXIONS SUR L'EMPLOI DE CETTE HUILE.

L'huile de croton tiglium est un bon médicament qui est définitivement adopté dans la pratique; son existence n'a point eu le sort éphémère de plusieurs produits préconisés outre mesure lors de leur apparition dans la thérapeutique, et bien vite délaissés.

Depuis longtemps les propriétés purgatives de l'huile de tiglium étaient connues dans l'Inde; c'est le docteur Cromwel, médecin de la Compagnie des Indes, qui en a répandu l'usage en Angleterre. M. Friedlauder a fait connaître ce produit en France par une note qu'il lut sur ce sujet, le 13 janvier 1824, à l'Académie de médecine; depuis lors il a été universellement usité.

Ce purgatif énergique est fréquemment employé pour combattre les constipations opiniâtres, qui souvent accompagnent plusieurs affections des centres nerveux. Le docteur Kinglake a donné l'huile de croton avec un grand succès pour combattre la colique de plomb; cette pratique a été

adoptée par M. Bally, préconisée par M. Tanquerel, et louée vivement par M. Double; on préfère cependant encore presque généralement, à l'Hôtel-Dieu, le vieux traitement de la colique des peintres des Frères de la Charité, qui réussit très-bien et qui n'a pas d'inconvénients. Quand la colique est légère, et cède à l'emploi d'une à deux gouttes d'huile, c'est à merveille; mais quand il faut renouveler souvent l'administration de ce drastique si énergique, on ne le fait pas toujours impunément. L'huile de croton est un purgatif d'un effet puissant, mais qui ne peut être, sans inconvénient, réitéré chaque jour. Et certes voilà bien la raison qui doit faire bannir l'huile de croton du traitement de la fièvre typhoïde, lorsqu'on adopte les purgatifs. Cette huile ne réussit guère lorsqu'on l'administre sous forme de lavement; je l'ai vu souvent prescrire ainsi à des doses élevées, 2, 4 et même 10 gouttes dans un lavement, sans produire d'évacuation. Une fois entre autres, il s'agissait d'un empoisonnement déterminé par un lavement opiacé à hautes doses; on administra, sans produire aucun effet, un lavement contenant 10 gouttes d'huile de croton; je crois que nous eussions mieux réussi en prescrivant un lavement avec 15 grammes de séné et 30 grammes de sulfate de soude. Le séné, en effet, provoque énergiquement les contractions intestinales, et, sous l'influence d'une solution de sulfate de soude, les liquides affluent en abondance dans les intestins. Le choix des purgatifs est un problème aussi difficile qu'important; ils purgent par suite d'actions physiologiques très-diverses; dans la pratique, il est bien important de connaître et d'approprier ces effets. J'espère revenir un jour sur ce sujet.

Arrivons maintenant à l'emploi de l'huile de croton à l'extérieur. Ainslie préconisa les frictions d'huile de croton tiglium pour combattre les douleurs rhumatiques. On pensait généralement que l'action purgative de l'huile de croton se faisait sentir lors même que le médicament était appliqué sur la peau. M. Andral entreprit une série d'expériences dont M. Joret a rendu compte dans sa thèse. Sur dix cas dans lesquels les frictions avaient été faites sur le ventre avec l'huile de croton tiglium mêlée à l'huile d'amandes douces, il n'y eut aucun effet purgatif. Sur neuf malades qui furent frictionnés avec de l'huile de croton pure, un seul fut purgé, quoique plusieurs fois vingt gouttes eussent été employées pour la friction. De ces faits, on doit conclure que l'huile de croton, administrée en frictions, n'est point purgative; mais, ainsi conseillée, elle possède une propriété précieuse : elle détermine sur la peau une inflammation vésiculeuse qu'il peut être très-intéressant de produire dans un grand nombre d'affections. C'est un moyen de révulsion très-efficace et peu douloureux. Comment convient-il d'employer l'huile de croton pour atteindre ce but? On la prescrit ordinairement pure ou mélangée

avec deux à quatre fois son poids d'huile d'amandes douces. Ce moyen d'administration est incommode, car l'acide crotonique, principe actif de l'huile, est volatil et se dissipe souvent sans produire d'effet, ou bien cause une inflammation à la peau des doigts qui ont frictionné.

Pour éviter ces inconvénients, on a pensé à faire un *emplâtre de croton*. M. Chomel m'informe que des essais avaient déjà eu lieu dans cette direction. Comme aucune formule d'emplâtre de croton n'était encore parvenue à ma connaissance, et qu'il désirait employer ce produit à l'Hôtel-Dieu, je lui proposai d'incorporer dans une masse emplastique un vingtième, un dixième et un cinquième d'huile de croton. L'expérience nous montra bientôt que, pour obtenir un emplâtre déterminant vivement en vingt-quatre heures une inflammation vésiculeuse, il fallait employer un cinquième d'huile de croton. Voici donc le moyen que nous avons employé. Nous avons fait fondre à un feu très-doux 80 grammes d'emplâtre diachylon gommé; nous avons mélangé à cet emplâtre à demi-liquide 20 grammes d'huile de croton. La masse emplastique qui résulta de ce mélange fut étendue en couche épaisse sur une bande de calicot, et on obtint ainsi du *sparadrap* de *croton* très-adhésif et qui détermina à la peau une vive irritation. Il peut être employé dans tous les cas où les révulsifs sont conseillés. Cet agent est précieux, car il ne cause pas de douleurs aussi vives que beaucoup d'autres irritants. Il peut être appliqué sur une surface étendue, et l'on peut ainsi établir une dérivation proportionnelle à l'irritation qu'on veut combattre, condition indispensable dans l'emploi de ces héroïques moyens. J'ai la ferme conviction que l'emplâtre de croton rendra des services dans plusieurs affections chroniques, soit de l'appareil respiratoire, soit des organes abdominaux.

A. BOUCHARDAT.

PRÉPARATION ET CONSERVATION, PAR UN MOYEN TRÈS-SIMPLE, D'UNE SOLUTION OFFICINALE DE PROTO-IODURE DE FER, SANS MÉLANGE DE SUCRE OU D'UN AUTRE PRINCIPE CONSERVATEUR.

Par M. ALPH. DUPASQUIER.

Dans le mémoire que j'ai publié sur le proto-iodure de fer[1], je n'ai donné que des formules *magistrales* pour l'emploi de ce nouveau médicament, si différent, comme je l'ai démontré, de l'iodure de fer du Codex; en n'indiquant pas de préparation officinale, mon but était d'ob-

[1] Voy. *Bullet. de Thérap.*, tome XXI, pag. 55.

tenir, dans tous les cas, un iodure récemment préparé, et, par conséquent, nullement altéré par l'air, ce que j'avais reconnu être de première importance, au point de vue thérapeutique.

M. F. Boudet a fait observer depuis[1] que l'obligation, pour le pharmacien, de préparer la solution d'iodure de fer chaque fois qu'il aurait à exécuter une ordonnance où ce sel ferreux serait prescrit, était incommode, et a proposé, en conséquence, une préparation officinale, sorte de sirop dans lequel le proto-iodure de fer liquide est préservé, par la gomme arabique et le sucre, de l'altération que lui fait promptement subir l'oxygène atmosphérique.

La préparation de la solution normale de proto-iodure de fer est si prompte et si facile, que l'inconvénient signalé par M. F. Boudet, et qui s'était aussi présenté à mon esprit, ne m'avait pas paru devoir être pris en considération. Je reconnais toutefois qu'une préparation officinale destinée à servir pour l'exécution de toutes les formules magistrales est d'un emploi plus commode pour le pharmacien, et je m'empresse d'ajouter que le mélange proposé par M. F. Boudet doit conserver assez longtemps le sel ferreux pour prendre rang parmi les préparations officinales.

J'ai cependant trouvé un moyen plus simple, et que je crois par conséquent préférable, d'obtenir une solution officinale de proto-iodure de fer, solution qui se ***conserve alors indéfiniment***, ***sans aucun mélange***, ***c'est-à-dire sans addition de sucre ou d'un autre principe conservateur***. Ce moyen, dont j'ai déjà dit un mot dans mon mémoire sur le proto-iodure de fer, consiste à laisser la solution d'iodure constamment en contact avec un grand excès de fer. Voici comment il faut opérer :

Solution normale de proto-iodure de fer du docteur Dupasquier (officinale).

Prenez : Iode. . . . . . . 50 grammes.
Fil de fer . . . . 100 grammes.
Eau distillée . . . 400 grammes.

Coupez le fil de fer en fragments de la longueur d'environ deux centimètres, introduisez-les dans un flacon à l'émeri, puis ajoutez l'eau, l'iode, et bouchez.

Si l'on a besoin immédiatement d'une partie de la solution, il faudra plonger le flacon pendant huit ou dix minutes dans de l'eau élevée à la

[1] *Bullet. de Thérap.*, tome XXI, pag. 175.

température d'environ quatre-vingts degrés centigrades, en ayant soin d'agiter le mélange à plusieurs reprises. On filtrera ensuite la quantité de solution dont on aura besoin quand le liquide passera incolore.

Si l'on ne doit pas employer immédiatement une partie de la solution, on abandonnera le mélange à lui-même, et la combinaison de l'iode et du fer s'opérera sans qu'il soit nécessaire de le chauffer. La solution se conservera ensuite indéfiniment.

Quand on voudra exécuter une formule, on filtrera une portion du liquide, et après en avoir employé la quantité prescrite, on fera rentrer dans le flacon la partie surabondante. On pourra user ainsi, peu à peu, de tout le contenu du flacon, sans que la solution cesse d'être incolore et de présenter tous les autres caractères des sels ferreux parfaitement purs de tout mélange d'un sel ferrique.

Remarques. A mesure qu'une portion de fer dissous par l'iode s'oxyde en absorbant l'oxygène de l'air et se précipite à l'état d'hydrate de sesqui-oxyde, la portion d'iode qu'il abandonne réagit de nouveau sur le fer non dissous et forme encore un proto-iodure qui remplace celui que l'air a décomposé. L'action *décomposante* de l'oxygène atmosphérique est donc constamment neutralisée par l'action *recomposante* que détermine le contact incessant du métal. — On laisserait le flacon constamment débouché que l'effet serait encore le même ; seulement alors il se précipiterait une plus grande quantité de sesqui-oxyde de fer. J'ai remplacé par du fil de fer coupé en petits fragments la limaille de fer, qui a l'inconvénient de se tasser, d'où peut résulter un contact moins parfait du métal avec le liquide ; pour éviter la nécessité de couper le fil de fer, on peut employer de petits clous dits *pointes de Paris*, qui n'ont guère plus de valeur.

La conservation indéfinie du proto-iodure de fer, en employant ce procédé, m'a été démontrée par l'expérience suivante. J'ai pris un peu de solution faible de potasse caustique ; je l'ai fait bouillir pendant huit ou dix minutes pour chasser l'air qu'elle tenait dissous, puis j'y ai fait tomber une petite quantité d'une solution d'iodure conservée ainsi depuis dix-huit mois ; il s'est formé un précipité d'hydrate de protoxyde de fer, *parfaitement incolore*, c'est-à-dire exempt de sesqui-oxyde [1].

Pour exécuter les formules magistrales que j'ai données dans mon précédent mémoire, il n'y a aucun calcul à faire, *la solution conservée*

[1] Si l'on n'avait pas la précaution de faire bouillir la solution de potasse avant de l'employer, le précipité deviendrait verdâtre en se formant, par l'absorption immédiate de l'oxygène dissous dans le liquide.

étant absolument la même que celle préparée extemporanément [1].

Les proportions d'iode et de fer que je viens d'indiquer sont celles de la *solution normale* employée pour la préparation de toutes mes formules. Cette solution normale se dose par gouttes, et ne représente pas une quantité facile à se rappeler d'iodure sec. J'avais adopté ce parti pour éviter qu'on ne confondît le nouvel iodure avec l'ancien iodure du Codex; mais M. F. Boudet ayant fait observer que quelques médecins désiraient avoir une préparation qui représentât en nombres ronds une quantité déterminée d'iodure sec, je crois devoir indiquer une autre formule pour obtenir une solution d'iodure de fer au dixième, c'est-à-dire dans laquelle dix parties de liquide représenteront une partie d'iodure sec.

Solution officinale de proto-iodure de fer, au dixième.

Prenez :	Iode.	37 gr. 879.
	Fil de fer. . . .	75 gr.
	Eau distillée. . .	400 gr.

Préparez comme la solution normale.

Je crois devoir faire observer, en terminant, que ce serait une erreur thérapeutique assez grave que de remplacer, *dans tous les cas*, l'ancien iodure de fer par le proto-iodure pur. Le proto-iodure, en effet, ne peut être substitué avantageusement à l'iodure de fer du Codex que dans quelques affections où l'emploi d'un sel ferreux est essentiellement nécessaire, comme, par exemple, dans la chlorose, les leucorrhées chroniques, les débilités d'estomac, etc. Dans la plupart des autres maladies où l'on fait usage de l'iodure de fer, comme dans les affections scrofuleuses, cancéreuses, syphilitiques, herpétiques, etc., le raisonnement et l'observation portent à croire qu'il est préférable de continuer à administrer l'iodure du Codex, quoique sa composition soit variable. Il est évident, en effet, que l'iode libre, contenu en quantité notable dans ce médicament, doit exercer une influence aussi utile que puissante, et contribuer pour beaucoup aux heureux effets observés par la généralité des praticiens après l'administration de l'iodure de fer du Codex.

Les médecins devront donc ne pas confondre ces deux médicaments, et bien déterminer les cas dans lesquels l'un devra être préféré à l'autre. Pour éviter toute erreur à cet égard, je propose d'appeler dorénavant l'iodure du Codex, *iodure de fer ioduré*.

[1] Ce moyen de conservation est applicable aux solutions des autres sels ferreux qui s'altèrent, comme on sait, si promptement dans les laboratoires.

UN MOT SUR L'ANALYSE DES SEMENCES DU FUSAIN.

La graine de l'*evonymus vulgaris*, ou fusain commun, est employée par beaucoup de pharmaciens de province, et notamment par ceux du Berry, pour composer, avec la cevadille et le staphysaigre, une poudre qui porte le nom de *poudre de capucin* ou de *propreté;* ce mélange, mis sur la tête des enfants, est destiné à détruire les pous (*pediculus humanorum.*)

Nous avons voulu nous assurer si, dans ce mélange de poudres, la semence du fusain jouissait de grandes propriétés anti-vermineuses, et après l'avoir employée isolément, nous sommes restés convaincus qu'elle était presque sans action.

La semence du fusain, aux divers réactifs auxquels nous l'avons soumise, a fourni :

1° Du sucre, 2° de l'albumine, 3° une huile âcre volatile, 4° un principe amer, 5° de l'huile grasse, 6° une matière colorante jaune, 7° du ligneux.

Il résulte pour nous, de cet examen, que la graine du fusain, qui entre pour six parties dans la composition de la poudre de propreté, devrait en être retranchée comme une substance peu active.

STAN. MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI EXTÉRIEUR DE LA CHÉLIDOINE DANS L'AMÉNORRHÉE. — DES AVANTAGES DU MOXA DANS QUELQUES MALADIES CHRONIQUES GRAVES.

Quel que soit le nombre de faits dont abonde aujourd'hui la science, les observations que j'ai l'honneur de vous communiquer ne seront peut-être pas complétement dénuées d'intérêt, vu leur importance pratique.

L'une des affections les plus communes, et souvent l'une des plus difficiles à combattre est sans contredit l'aménorrhée. Le grand nombre de causes qui la produisent, les complications si variées dont elle est si fréquemment accompagnée, expliquent pourquoi elle se montre, dans certains cas, si rebelle à tous les médicaments qu'on lui oppose. Ce sont ces raisons qui m'ont engagé à vous faire connaître deux cas d'aménorrhée dans lesquels un traitement assez peu usité, et cependant fort simple, a eu les plus heureux résultats.

Madame G....., jeune et intéressante femme, ayant constamment joui d'une parfaite santé, éprouve de violents chagrins, et ses menstrues cessent de paraître. Cet état dure pendant six mois et donne lieu à des accidents pléthoriques contre lesquels on emploie inutilement les pédiluves sinapisés, les sangsues et les emménagogues mis en usage dans ces cas-là. Le médecin ordinaire de la malade, se rappelant alors les observations publiées par le docteur Rey, de Paris, l'engage à garnir ses bas de feuilles de chélidoine fraîches et bien hachées, à les conserver nuit et jour, et à vaquer à ses occupations ordinaires. Tout autre traitement est suspendu. Au bout de quarante-huit heures, les règles parurent, et depuis lors la menstruation a suivi sa marche naturelle.

Mademoiselle R....., fille d'un de mes confrères, était atteinte depuis plusieurs mois d'une aménorrhée complète, survenue à la suite de refroidissements. Plusieurs moyens avaient aussi été inutilement mis en usage pour la faire cesser, lorsqu'elle se soumit au même traitement, qui produisit le même effet.

Y a-t-il eu simple coïncidence entre l'apparition des règles et l'époque du traitement? On pourrait se permettre ce doute si ces deux observations étaient isolées dans la science, et si elles n'étaient pas confirmées par celles que le praticien que j'ai déjà nommé a communiquées à la Société de Médecine de Toulouse. Ce traitement devra sans doute échouer dans beaucoup de circonstances; mais il est si innocent en lui-même et si facile dans son application, qu'on pourra en tenter l'usage avec quelques chances de succès. Le sujet de la première observation était placé dans des conditions morales telles qu'un traitement purement physique, et en apparence aussi peu énergique que celui-là, semblait nécessairement devoir échouer. La chélidoine ainsi administrée a-t-elle réellement plus de vertu que toute autre plante aromatique ou stimulante également appliquée sur la peau des membres inférieurs? C'est encore une question à résoudre. Je n'attache, du reste, à ces deux faits que la valeur qu'ils peuvent mériter.

— Quoique les cas de *guérison de phthisie* bien constatée soient malheureusement fort rares, et qu'il soit permis d'être très-sévère sur l'admission de ceux que l'on rapporte à cet égard, la question de la curabilité de cette affection est aujourd'hui jugée; et s'il était permis de douter de l'authenticité des observations des anciens, et, plus tard, de Bordeu surtout, il est impossible de révoquer en doute celles de Laennec, Andral, Louis, Cruveilhier, Cayol, etc. L'anatomie pathologique, si souvent désespérante dans les vérités qu'elle a mises au jour, a ranimé le courage des praticiens, en leur démontrant le mécanisme de la cicatrisation des ulcérations pulmonaires.

L'observation suivante, quoique imparfaite, puisque la présence des tubercules n'a pas été constatée par l'auscultation, me paraît cependant devoir être rangée dans la catégorie de ces cas rares et heureux où l'art a pu triompher d'une maladie presque toujours mortelle.

M. Charles, âgé de vingt-deux ans, d'une constitution éminemment lymphatique, paraissait être arrivé à la dernière période de la phthisie : émaciation complète, mouvement fébrile continu avec exacerbations, sueurs nocturnes, dévoiement colliquatif, toux caverneuse, crachats purulents ; tels étaient les phénomènes que présentait le malade. Il est bon d'ajouter que, dès le début, plusieurs hémoptysies abondantes avaient eu lieu. Les traitements les mieux combinés et les plus rationnels n'avaient pu modifier en rien la marche de cette affection : lichen, lait d'ânesse, bouillons de mou de veau, limaçons, opiacés, résineux, eaux de Bonnes, vésicatoires, tous ces divers agents avaient été successivement mis en usage sans amener la moindre amélioration. Dans des circonstances aussi fâcheuses, un large moxa fut appliqué entre les deux épaules. On le convertit bientôt en cautère, et on en entretint la suppuration avec beaucoup de soin. A partir de ce moment, tous les accidents énumérés diminuèrent peu à peu d'intensité et finirent par disparaître complétement. Au bout d'un mois, M. Charles était complétement guéri. Depuis lors, le malade ayant eu l'imprudence de supprimer le cautère, l'extrémité supérieure du premier métatarsien de la main droite a été atteint de carie. Cet organe présente encore un point fistuleux que le rétablissement du cautère et l'emploi de beaucoup d'autres moyens médicamenteux n'a pu faire disparaître.

C'est pour traiter cette dernière affection que j'ai été appelé auprès de M. Charles. Les détails qui précèdent m'ont été communiqués par ses médecins ordinaires, praticiens très-recommandables, mais qui, peu habitués à manier le stéthoscope, avaient négligé l'auscultation, d'autant plus volontiers, que l'ensemble des symptômes généraux que présentait le malade ne leur laissait aucun doute sur la nature de l'affection qu'ils avaient à combattre.

L'emploi des exutoires, si souvent inutile dans le traitement de la phthisie, souvent nuisible lorsqu'on y a recours dans une période avancée, alors que le malade est épuisé par l'abondance des sueurs, la fièvre et la diarrhée, permettrait-il d'attribuer, en grande partie du moins, cette cure remarquable à l'action perturbatrice du moxa? Quoi qu'il en soit, je me permettrai de rapporter encore quelques faits qui déposent en faveur de ce puissant moyen, dont la valeur, du reste, est généralement admise dans une foule de circonstances.

L'abbé G..., âgé de trente-trois ans, d'un tempérament nervoso-sanguin,

était atteint depuis plusieurs années d'une affection laryngée, caractérisée par les phénomènes suivants : douleur constante, sécheresse dans l'intérieur du larynx, toux sèche, expectoration fréquente; crachats séreux, quelquefois sanguinolents; voix habituellement voilée, parfois aphonie complète. Le malade ne peut ni parler longtemps ni à haute voix sans éprouver ce dernier phénomène; dyspnée fréquente, amaigrissement, parfois de de la fièvre. L'auscultation, du reste, ne signale aucune altération pulmonaire. M. G... avait consulté plusieurs médecins qui avaient eu recours à toutes les médications imaginables sans obtenir le moindre résultat: fumigations de diverses natures, sangsues, frictions avec la pommade stibiée, vésicatoires; bains sinapisés, sulfureux, de vapeur; gargarismes de toute espèce, purgatifs. On avait même pratiqué l'excision de la luette, dont la longueur, un peu anormale, avait été soupçonnée être une des causes qui entretenaient son état. Voyant que tous ces moyens avaient échoué, j'appliquai, dans la même séance, deux moxas à la région cervicale postérieure. L'effet en fut des plus remarquables. Dès le jour même l'aphonie disparut, et les autres accidents ne tardèrent pas à se dissiper, à tel point que M. G... put bientôt vaquer aux fonctions de son ministère, qu'il avait abandonnées depuis fort longtemps. Voilà bientôt trois années qu'il a subi ce traitement, et le succès ne s'est pas démenti; le malade n'a conservé qu'une délicatesse assez grande de l'organe de la phonation, qui du reste, chez lui, avait toujours présenté cette particularité.

S'agissait-il ici d'une simple névrose? Je ne le pense pas. La durée de la maladie, la constance et l'opiniâtreté des symptômes, malgré l'emploi des traitements les mieux indiqués, ses effets sur la phonation et la constitution générale du sujet, tout me faisait croire à une laryngite, peut-être ulcéreuse, qui aurait très-bien pu dégénérer en phthisie laryngée. La faiblesse du malade, le genre de ses occupations, la toux à peu près constante qu'il éprouvait, me faisaient surtout redouter cette fâcheuse terminaison. Ici, d'ailleurs, toutes les médications préconisées dans ces cas avaient à peu près été employées sans succès par plusieurs praticiens fort instruits. Le moxa me semblait tout à fait indiqué. Il a complétement justifié mon attente, ainsi que dans l'observation suivante, remarquable sous plus d'un rapport.

Marie B. L. était atteinte depuis cinq mois d'une chorée des plus intenses. Les mouvements auxquels elle se livrait étaient si forts, que son corps en était horriblement convulsé. Cette malheureuse fille, qui était dans un état de débilité et d'amaigrissement très-prononcés, fut prise, à la suite d'un de ces accès, d'une dysphagie des plus opiniâtres qui ne lui permettait plus de prendre le plus léger aliment. Deux moxas placés

à la région cervicale firent disparaître non-seulement ce dernier accident, mais la chorée ne reparut plus. Les bains froids, les bains sulfureux, la valériane, le zinc, tous les antispasmodiques possibles avaient complétement échoué.

Dans un cas de vomissements des plus opiniâtres qui avait résisté à tous les médicaments que j'avais cru devoir employer, le même agent révulsif m'a parfaitement réussi. La malade sur laquelle je l'appliquai paraissait être dans un état désespéré. Mais je ne multiplierai pas davantage les observations de ce genre; quel est le praticien qui n'a eu dans maintes circonstances à se louer de ce puissant moyen? Si je me suis permis de rapporter les faits qui précèdent, c'est qu'ils m'ont paru surtout remarquables par leur gravité, ou du moins par la résistance qu'ils avaient offerte à toutes les médications qu'on leur avait opposées.

Ne devrait-on pas avoir recours plus souvent, et surtout plus tôt, à l'application du moxa dans les diverses affections où il paraît indiqué? La crainte de causer de la douleur, de réveiller la susceptibilité nerveuse, ne sont-elles pas souvent des causes de temporisation très-fâcheuses pour les malades? Enfin, ne met-on pas souvent trop de rapidité, précisément pour éviter les inconvénients que je viens de signaler, dans l'emploi de ce caustique? Dans toutes les observations que j'ai rapportées, les cylindres de coton qui ont été employés étaient d'un volume et d'une dimension considérables, et leur action a été opérée avec lenteur. Je n'ai eu recours ni au soufflet ni au chalumeau. Je serais porté à croire que de cette manière leur action est beaucoup plus énergique, et qu'elle agit plus profondément.

H. Séguin, D. M.,
à Alby (Tarn).

Quelques faits touchant l'action du sulfate de quinine sur l'organe de l'ouïe.

Les faits signalés dans le *Bulletin de Thérapeutique* (volume XIX, page 382) relatifs à l'influence des sels de quinquina sur les organes auditifs, sont venus corroborer des observations qui me sont propres, et dont je me contenterai de rapporter quelques-uns, qui me paraissent tout à fait analogues à celles publiées dans votre estimable journal. L'identité n'en sera peut-être que plus saillante, par l'éloignement même des lieux, et dans un climat entièrement distinct de celui d'Europe.

Depuis quatre ans j'habite la Havane, et, grâce à votre intéressant recueil, je puis me tenir au courant des découvertes modernes. La position topographique de cette ville en fait un point important pour

l'exercice de notre art, car les maladies de tout genre s'y présentent fréquemment. Depuis deux années surtout, nous avons eu à traiter des fièvres intermittentes assez graves : émissions sanguines à l'épigastre et à l'anus, lavements émollients, pédiluves sinapisés, boissons rafraîchissantes; telle était la première indication à remplir, rarement les symptômes s'aggravaient sous l'influence de ce traitement; mais si on s'acharnait à poursuivre le Protée de l'irritation, les choses changeaient promptement de face : exacerbation dans l'état du malade, retour plus violent de l'accès pyrétique, et sous l'aspect le plus alarmant; il était alors urgent de recourir à l'emploi du sulfate de quinine, et encore n'était-on pas toujours assez heureux pour conjurer l'orage; souvent la mort emportait le malade au second ou au troisième accès.

Je me contenterai de citer quelques faits, non qu'ils soient rares, car ici nous opérons sur une vaste échelle; mais je choisirai les plus saillants, trop heureux si ces courtes notes peuvent jeter quelque jour sur la question que vous avez posée.

Laure Tarre, âgée de 11 ans, fut atteinte, dans les premiers jours d'août dernier, d'un accès de fièvre : le médecin qui fut appelé ne prescrivit le premier jour que les pédiluves sinapisés, et de l'orangeade; le second accès fut des plus violents, et l'application des vésicatoires aux jambes ne fit qu'empirer l'état de la malade. Ce fut dans la nuit, au moment même de l'exacerbation, que je vis cette enfant : sangsues à l'épigastre et à l'anus, lavements émollients, topiques de même nature sur l'abdomen, orangeade; au déclin de la fièvre, ingestion par la bouche de 24 grains de sulfate de quinine; dans l'espace de six heures, apyrexie complète, légère surdité. Craignant le retour de la fièvre, je prescrivis 18 grains du même sel, qui obtinrent le résultat que je me proposais. Intermission de vingt-quatre heures; surdité complète. Le quatrième jour je permis un léger bouillon de poulet, l'ouïe revint à son état normal, sans traitement spécial, et au bout de huit jours, toutes les facultés étaient bien rétablies.

M. P........., capitaine de navire du commerce, fut pris, vers la fin du même mois, d'accès de fièvre sous le type quotidien, qui nécessitèrent l'administration d'une assez haute dose de sulfate de quinine : le malade devint entièrement sourd, et il me fallut lui écrire que son état n'était que l'effet du médicament, pour rassurer son moral passablement affecté; le lendemain, en effet, il put entendre, avec quelque difficulté, ce que l'on disait, et deux ou trois jours après, il jouissait d'une assez bonne santé, et l'audition était dans toute son intégrité.

M. C., négociant, habitant la Havane depuis son enfance, fut, à son retour des États-Unis d'Amérique, atteint d'un accès de fièvre du même

caractère : après les émissions de sang, j'eus encore recours aux sels de quinquina pour enrayer les accès d'une nature assez grave, son état ayant exigé l'application de deux vésicatoires aux jambes; j'employai en outre les frictions et l'application sur le derme dénudé du même médicament. Apyrexie complète, surdité complète de douze heures : les émollients, les bouillons légers, le repos, et sous peu de jours tout rentra dans l'ordre.

J'ai beaucoup d'autres observations, mais il n'est pas nécessaire d'en publier un plus grand nombre pour montrer l'importance des faits pratiques qu'elles révèlent toutes. Je vous les livre, sans commentaires, vous priant de leur donner place dans vos colonnes, espérant qu'elles auront un certain intérêt pour vos lecteurs.

Fr. Lugeol, D. M.
à la Havane.

CAS DE PUSTULE MALIGNE TRÈS-GRAVE GUÉRI PAR L'EMPLOI DU QUINQUINA A HAUTE DOSE, A L'INTÉRIEUR ET A L'EXTÉRIEUR.

La pustule maligne est, comme on sait, une maladie grave, qui entraîne souvent la mort en très-peu de jours. Cette affection, qui a toujours pour cause l'absorption d'un virus provenant d'animaux morts ou atteints de maladies charbonneuses, est très-commune dans nos contrées, où chaque année elle frappe quelque nouvelle victime. Entre plusieurs observations de cette cruelle maladie que je possède, je me bornerai à citer la suivante, qui d'ailleurs est la plus récente, et qui, par sa gravité, a attiré toute mon attention sur son traitement.

Le 20 mai 1841, se présente à mon service de l'hôpital Thérèse Daudelle, âgée de 45 ans. Cette malheureuse portait, depuis cinq jours, à la main droite, une énorme pustule maligne, qu'elle avait considérée jusqu'alors comme une bagatelle, et qu'elle avait contractée en faisant des frictions sulfureuses sur un chat dartreux. Ce ne furent que le gonflement et les douleurs du bras qui la décidèrent à réclamer les secours de l'art. Voici l'état des parties le jour de son entrée à l'hôpital. Un gros tubercule rénitent, brunâtre, entouré de phlyctènes noires et livides, occupait tout le dessus de la main. Les doigts, gonflés, engourdis, violets, étaient comme frappés de gangrène sénile. Du poignet jusqu'à l'épaule, se succèdent une traînée de vésicules citrines, entourées d'une auréole de mauvais aspect. Le membre malade répandait une odeur fétide et cadavéreuse dans toute la salle. Déjà le mal avait pris un caractère tellement dangereux, que je regardais la mort comme imminente. Le pouls était petit, concentré, quelquefois intermittent. Déjà antérieurement

affaiblie par la misère et les privations, la malade offrait une de ces constitutions ruinées, que le mal fait encore ressortir davantage. Pouvant à peine se soutenir, Thérèse Daudelle tomba plutôt qu'elle ne se précipita sur le lit qu'on venait de lui préparer. L'on eût dit que véritablement elle allait expirer. Sa figure pâle, exprimant la souffrance et l'anxiété, se couvrait tantôt de rougeur, tantôt de sueur froide. A ces symptômes, déjà si alarmants, se joignaient encore des vertiges, des convulsions, un assoupissement profond, un délire taciturne et une stupéfaction très-voisine du narcotisme.

Toutes les pustules du bras, ouvertes par la lancette, laissaient échapper un liquide jaune, âcre, puant. Le mal présentant un caractère gangréneux, profond, accompagné d'étranglement, il fut fait une incision cruciale au centre de la tumeur; il s'échappa un ichor abondant. La plaie fut abstergée et lavée à plusieurs reprises avec le chlorure d'oxyde de sodium, puis bien séchée avec un linge fin et chaud; elle fut ensuite cautérisée avec la potasse caustique, que les malades, en général, préfèrent au feu. Le tout fut ensuite revêtu d'un cataplasme composé avec du quinquina en poudre, du camphre et du jus de citron. La malade était dans une telle prostration des forces, qu'à peine ressentit-elle de la douleur de toutes ces manœuvres. Cet état de calme apparent n'était pas de bon augure. Effrayé, avec juste raison, de cette somnolence des sens, de ce regard hébété, et consultant nos souvenirs et nos livres, nous eûmes recours au procédé dont M. Bréchet s'était si heureusement servi dans un cas à peu près semblable de pustule maligne compliquée de symptômes ataxiques graves. Nous rappelons ici cette formule insérée dans le tome VII, page 244 du *Bulletin de Thérapeutique*.

Prenez :	Eau de tilleul. .	5 onces	(150 grammes).
	Tartre stibié . .	6 grains	(30 centigr.).
	Sirop diacode. .	3 gros	(12 grammes).
	Essence d'anis .	2 gouttes.	

A prendre par cuillerée de deux heures en deux heures. Ce médicament, dont nous ne pouvons que nous féliciter en cette circonstance, produisit le soir même des vomissements et des selles; la nuit se passa d'une manière assez satisfaisante. Vu son état de maigreur et d'asthénie, la malade fut mise ensuite aux bons bouillons gras, aux fécules, aux purées, et à l'usage du vin et du sirop de quinquina; et pour boisson, à l'eau ferrugineuse sucrée. Par la suite on arriva aux potages, aux viandes grillées et à l'eau rougie par du vin vieux.

Malgré tous nos soins, le mal faisait des progrès. L'agent septique inoculé devait être bien puissant, puisque deux autres pustules malignes

semblables à celle de la main prirent naissance sur l'avant-bras et nécessitèrent des incisions et des cautérisations nouvelles. Les reins, la hanche et la cuisse, d'où la malade avait eu l'imprudence d'approcher son bras pendant la nuit, se couvrirent de mille petits boutons érysipélateux. Disons, pour abréger ce tableau, que la gangrène du bras ne s'arrêta qu'après avoir dévoré tout le tissu cutané et cellulaire, qu'à chaque pansement quelques lambeaux de chair se détachaient de cette fonte putride du tissu lamineux inter-musculaire, et que plusieurs hémorrhagies ne me laissèrent pas sans inquiétude.

Mais grâce à l'usage des cataplasmes de quinquina, de camphre et de jus de citron; dont je ne fus pas avare, et au renouvellement fréquent de linge et de charpie trempés aussi dans une teinture de quinquina, tantôt dans du rhum pur, tantôt dans du chlorure d'oxyde de sodium, la malade s'est tirée d'affaire et a conservé un membre dont l'amputation paraissait inévitable. Il est vrai de dire que la déperdition de substance fut énorme quand la nature eut établi une ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades, que les trois escarres se détachèrent, que la putréfaction s'empara des tissus graisseux, et que la suppuration établie eut éliminé les parties frappées de mort. Aussi ce n'est qu'après plus de quatre mois de séjour à l'hôpital, que Daudelle en est sortie parfaitement rétablie, sauf que son bras et la main, privés de la souplesse de leurs mouvements, ne reprendront qu'à la longue leur élasticité primitive.

Nous n'avons cité ce fait de pustule maligne que pour exprimer combien nous avons à nous applaudir de notre méthode de traitement. Déclarant aussi qu'en pareille circonstance, les antiphlogistiques seraient pernicieux, et que s'il est des cas où le quinquina n'a pas triomphé de la pustule maligne, c'est qu'on en a trop limité la dose.

A. Michel, D. M.
à Barbentane (Bouches-du-Rhône).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des Névralgies ou affections douloureuses des nerfs*, par M. Valleix, *médecin des hôpitaux, membre titulaire de la Société d'Observation, etc.

Disons d'abord, et nous n'avons pas souvent l'occasion d'entrer ainsi en matière, que voici l'un des meilleurs livres qui soient sortis dans ces derniers temps de l'école de Paris.

Les névralgies sont loin d'être des affections rares, et cependant nous n'avions sur cette grande classe de maladies rien de complet et de satisfaisant. On avait étudié plus particulièrement la névralgie sciatique et les névralgies de la face; les autres avaient à peine attiré l'attention de quelques observateurs modernes, et Frank, en 1822, déclarait que tout ce que l'on possédait de constant sur ce sujet ne remplirait pas deux pages. Il y avait bien là quelque exagération; mais au total il faut reconnaître que leur histoire était l'une des parties les plus honteusement négligées de la pathologie. Il n'est pas jusqu'à l'idée essentielle, jusqu'aux signes pathognomoniques de la névralgie, qui n'aient dû être révisés et rétablis. On en jugera par la définition suivante, que nous reproduisons littéralement. Selon M. Valleix, une névralgie est donc :

« Une douleur plus ou moins violente, ayant son siége sur le trajet d'un nerf, disséminée par points circonscrits : véritables foyers douloureux d'où partent, par intervalles variables, des élancements ou d'autres douleurs analogues, et dans lesquels la pression, convenablement exercée, est plus ou moins douloureuse. »

Ces caractères se retrouvent dans sept affections bien tranchées, qui sont les névralgies ***trifaciale***, ***cervico-occipitale***, ***cervico-brachiale***, ***dorso-intercostale***, ***lombo-abdominale***, ***crurale*** et ***sciatique***. Tel est, quant à présent du moins, la liste des névralgies reconnues. M. Valleix a laissé en dehors la migraine, affection d'une nature trop douteuse encore, et les viscéralgies, qui ne siégent point sur le trajet des nerfs.

Nous ne saurions donner une analyse complète d'un ouvrage si plein de faits particuliers et de déductions générales; disons en peu de mots la marche adoptée par l'auteur, après quoi nous essayerons d'expliquer quelles sont pour nous la valeur réelle et la portée scientifique de l'œuvre.

L'histoire de la névralgie trifaciale, qui commence le volume, est partagée en huit articles qui abordent successivement : 1° l'historique; 2° l'anatomie du nerf; 3° le tableau général de la maladie; 4° l'étude des symptômes en particulier; 5° la marche, la durée, les terminaisons, les récidives; 6° l'anatomie; 7° les causes, et 8° le traitement. Que cette marche soit ou non la plus naturelle; que tel article, comme celui des causes, eût gagné peut-être à être mis avant tel autre, c'est là une question fort secondaire et à laquelle je ne m'arrête point. L'essentiel, c'est que le cadre soit complet, c'est que nul fait important ne se trouve en dehors; après quoi arrive une autre question plus capitale encore, savoir comment l'auteur l'aura rempli.

M. Valleix est l'un des esprits les plus sagaces, les plus pénétrants de cette école moderne d'observation, dite école ***numérique***, qui a rendu

à la science des services incontestés et incontestables, mais qui avait soulevé des répugnances légitimes par ses prétentions exagérées. Nous ne dirons point qu'elle faisait abus des chiffres : tout abus est fâcheux en soi ; mais nous préférons de beaucoup les résultats appuyés sur une masse connue d'observations aux résultats fournis par la mémoire, la faculté la plus trompeuse peut-être de l'intelligence humaine. Nous ne répéterons point d'un ton de reproche cet axiome, qu'il ne suffit pas de compter, mais qu'il faut peser les observations ; car nous sommes bien convaincu que les faits apportés par cette école ont été plus sévèrement recueillis et en général mieux appréciés que la plupart de ceux qui existaient auparavant dans la science. Mais à nos yeux le grand tort de l'école nouvelle, c'était de rompre absolument avec le passé ; de ne tenir aucun compte des faits acquis ; de vouloir reprendre seule et par les fondements l'édifice médical. M. Valleix cherche dans sa préface à la justifier de ce reproche ; et il apporte en preuve son propre livre et sa propre manière. Nous l'approuvons beaucoup, en ce qui le concerne, de n'avoir point répudié le passé de la science ; mais qu'il nous permette de le dire ; en cela, il a déserté les principes de son maître ; principes dont le premier volume paru de la Société d'observation montre à la fois l'application et le danger. Je regrette que le temps et le lieu ne me permettent point de pousser plus avant cette discussion.

Ainsi donc, résumé et sage appréciation des travaux antérieurs ; puis établissement d'une base plus large par l'addition de faits nouveaux, nombreux, exacts, bien pesés et légitimement comptés ; telle est l'œuvre de M. Valleix ; et c'est ainsi que nous désirons voir traiter la science. Dans cette fusion du passé et du présent, on est sans doute frappé de voir l'observation moderne se faire une si large part pour tout ce qui regarde les causes, les symptômes, la marche, les terminaisons ; toute l'histoire de la maladie semble renouvelée ; et beaucoup d'esprits, qui ne vont pas plus loin, se demandent dès lors à quoi bon cette étude des faits antérieurs qui ne fournit presque aucune lumière. Mais dès qu'on entre dans la partie vraiment pratique, dès qu'on aborde le traitement, c'est alors que l'observateur isolé se sent pris au dépourvu, et que les faits modernes restent presque muets à leur tour. Il a fallu recueillir laborieusement toutes les méthodes préconisées tour à tour, et essayer d'en apprécier la valeur réelle à l'aide des documents, toujours très-concis, que les auteurs nous ont transmis. M. Valleix a largement traité cette question du traitement ; on voit qu'il s'est attaché à ne pas laisser de lacunes essentielles ; nous lui en signalerons cependant une, concernant l'emploi des sinapismes dans la sciatique et même dans quelques autres névralgies. Ce mode de traitement remonte à Rhazès, et il a été appli-

qué dans ces derniers temps avec des succès remarquables. Nous aurions une autre remarque à lui adresser touchant la sévérité de sa critique. Pour admettre une médication quelconque, M. Valleix exige un certain nombre de faits à l'appui ; pour lui la simple affirmation d'un praticien n'a nulle valeur ; et quand ce praticien raconte quelques histoires à l'appui de son dire, M. Valleix prend ces histoires une à une, les dissèque, les dépèce, et avec sa redoutable logique arrive le plus souvent à les réduire à rien. Dès lors, l'efficacité de la médication manque de preuve, et il la rejette. Nous croyons qu'il faut ici faire un peu plus la part des époques. Avec cette rigueur impitoyable, pas un procédé chirurgical ne resterait debout, et il y aurait un réel dommage. Au temps où nous vivons, les règles de l'observation étant devenues vulgaires, on a droit d'exiger de tout écrivain qu'il s'y soumette, et de chercher dans les faits la preuve de ses conclusions. Mais au dix-huitième siècle, par exemple, quand la critique bénigne se contentait d'une affirmation corroborée tout au plus par deux ou trois noms de malades, il ne faut pas repousser si dédaigneusement l'auteur qui s'est conformé aux règles reçues, qui fait d'ailleurs preuve de bonne foi et de savoir, qui a donné tout ce qu'on lui demandait ; moins qu'aujourd'hui assurément ; mais qui peut dire si dans vingt années les observations de nos jours n'offriront pas aussi des lacunes ? M. Valleix est en droit de répondre qu'il n'admet que ce qui lui est prouvé. A merveille ; mais nous avons bien peur que la thérapeutique ne se réduise dès lors à peu de chose. Et comme nous ne sommes pas assez heureux pour posséder toujours des médications certaines, particulièrement contre les névralgies ; qu'il s'agit tout au plus de mettre en œuvre celles qui ont le plus de chances, nous dirons à M. Valleix que la parole d'un praticien de savoir et de probité pèse souvent plus que quelques observations même bien faites ; et que si l'on ne peut apprécier exactement un mode de traitement sur cette simple parole, elle doit suffire pour qu'on ne le rejette point et qu'on en appelle à une vérification ultérieure.

Il y a donc quelques points de détail sur lesquels nous pourrions différer d'avis avec M. Valleix ; mais, au total, nous nous applaudissons de nous rencontrer dans les questions générales avec un esprit de cette trempe, et nous ne doutons pas que son livre n'obtienne un succès mérité.

M.

De la Prostitution et de ses conséquences dans les grandes villes, et dans la ville de Lyon en particulier ; de son influence sur la santé, le bien-être, les habitudes de travail de la population ;

des moyens d'y remédier; par A. Potton, *docteur en médecine, médecin désigné de l'hospice de l'Antiquaille.*

Depuis Rétif de la Bretonne, qui, dans son livre de la *Pornographie*, a fait de la science comme Brantôme a fait de l'histoire en écrivant la biographie des femmes galantes de son temps, beaucoup d'auteurs se sont occupés d'une manière sérieuse de l'importante question de la prostitution. Mais, nous l'avouerons tout d'abord, après le remarquable ouvrage du vénérable Parent Duchatelet sur cette matière, nous crûmes qu'il se passerait bien du temps avant que quelque nouvel auteur se hasardât d'entrer dans la lice. Le livre dont nous nous occupons en ce moment a fait mentir nos prévisions. La Société de médecine de Lyon avait, dès l'année 1839, mis au concours une série de questions sur la syphilis; c'est pour répondre à ces questions que M. le docteur Potton a composé cet ouvrage. La question de la prostitution se trouve ainsi rétrécie; elle est limitée à une ville essentiellement manufacturière, et là il ne faut point s'attendre à la voir revêtir les formes variées que nous lui voyons affecter dans les villes telles que Londres, Paris ou Vienne. D'ailleurs la question, telle que le programme du concours la posait, étant autant une question administrative qu'une question scientifique; ces diverses considérations tendent à enlever à l'ouvrage du savant médecin de Lyon le caractère d'originalité, d'intérêt dont est marqué le livre de Parent. Toutefois nous avons lu avec une attention soutenue la première partie du livre, où le docteur Potton suit, dans la ville de Lyon, la marche de la prostitution et de la syphilis. Tout ce chapitre montre dans l'auteur, non-seulement de l'érudition médicale, mais encore une remarquable érudition historique. L'étude de l'influence de la syphilis et de la prostitution sur la santé des populations en contact avec ces deux fléaux, sur les habitudes, les mœurs, conduit le médecin de Lyon à des résultats dont la justesse se trouve confirmée par la ressemblance frappante qu'ils offrent avec ceux qu'avaient déjà signalés Parent, Villermé, Frégier, et l'ouvrage est terminé par une appréciation judicieuse des divers moyens qui ont été successivement proposés pour éteindre la syphilis et limiter la prostitution, si l'on ne peut entièrement la détruire. Dans ces diverses et intéressantes questions, M. Potton montre des connaissances étendues, non-seulement en médecine, mais encore, ce qui est plus rare parmi nous, en économie politique. Cet ouvrage est d'ailleurs en général aussi bien écrit que bien pensé; son auteur se placera certainement à côté des illustrations médicales qui honorent la ville de Lyon, et que Lyon sait aussi honorer.

Traité des maladies des femmes qui déterminent des flueurs blanches, des leucorrhées, ou tout autre écoulement utéro-vaginal; par Henri Blatin *et* V. Nivet, *docteurs en médecine de la Faculté de Paris, etc.*

Nous encouragerons toujours, autant qu'il sera en nous de le faire, les monographies, parce que c'est là, suivant nous, qu'est l'avenir de la science; non pas que la science édifiée, complète, puisse jamais sortir de l'analyse seule ou des monographies, qui sont l'application de cette méthode; mais c'est que, dans l'état actuel des esprits, et en suivant la direction, forcée en quelque sorte, à laquelle ils obéissent, l'analyse est la seule méthode qui soit à notre portée : en abordant donc en amis (MM. Blatin et Nivet) un point isolé de pathologie, ils ont montré qu'ils comprennent les nécessités du temps. Le but de leur travail est de traiter des diverses maladies des femmes caractérisées par un écoulement utéro-vaginal; ils comprennent ainsi, dans le cercle de leurs études, un assez grand nombre d'affections. En se plaçant à ce point de vue, qui semblerait impliquer un retour bien décidé aux doctrines humorales des écoles galéniques, mais auquel ils ont été conduits par le principe de localisation, ils ont été amenés à distinguer les écoulements utéro-vaginaux auxquels les femmes sont exposées, en écoulements idiopathiques et symptomatiques. Toutefois, les auteurs le reconnaissent tout d'abord, ce n'est point là la seule distinction que l'on puisse établir : les faits, plus profondément interprétés, conduisent toujours à des divisions plus pratiques. Si, en effet, l'on envisage l'hypersécrétion et l'inflammation sous le triple rapport de leur nature, de leur cause, de leur marche, on peut établir un assez grand nombre d'espèces, parmi lesquelles se distinguent l'hypersécrétion, ou phlegmorrhée active et passive, l'inflammation simple, blennorrhagique, syphilitique, scrofuleuse, arthritique, dartreuse, pseudo-membraneuse et gangréneuse. Ces formes nombreuses d'une affection se localisant dans le même point de l'économie, choqueront beaucoup de nos hardis localisateurs, de nos anatomo-pathologistes, qui nient tout ce qui ne se présente point à la pointe du scalpel. Pour nous, nous les croyons très-réelles, et nous félicitons nos jeunes auteurs de les avoir admises; ils montrent par là qu'ils savent entendre le langage de l'expérience. Du reste on va voir, par un court passage de leur livre, que nous allons citer textuellement, que ce ne sont point là des distinctions purement spéculatives, mais qu'elles sont l'expression même de la réalité vivante, quelque peu différente de la réalité des amphithéâtres. « Lorsque la plegmorrhée, ou hypersécrétion simple, se manifeste chez une femme robuste, bien portante, et qui a abusé du coït ou de l'onanisme,

on doit présumer que la maladie est due à une irritation sécrétoire ; mais quand l'hypercrinie survient sous l'influence de causes débilitantes, chez une personne maigre, chétive, anémique, d'un tempérament lymphatique ou lymphatico-nerveux ; que l'écoulement diminue quand la malade prend des forces, fait usage d'une alimentation réparatrice, de médicaments toniques et excitants, on est autorisé à regarder cette augmentation de sécrétion comme tenant à l'atonie de la muqueuse génitale, ou même à un affaiblissement de toute l'économie. » Cette distinction n'est point nouvelle, sans doute; mais combien de médecins tardigrades en sont encore sur ce point à l'an de grâce dix-huit cent vingt-cinq! Il était donc utile de rappeler des distinctions aussi fondées, et qui, dans les deux cas qu'elles supposent, commandent une thérapeutique si différente.

Pour ne point quitter ce point de pratique si intéressant, nous recommandons vivement à l'attention des médecins tout le chapitre XXIV de l'ouvrage, et dans lequel MM. Blatin et Nivet entrent dans les détails du traitement par lequel il convient de combattre les métro-vaginites catarrhales chroniques, et les phlegmorrhées utéro-vaginales. En abordant ce sujet difficile, les auteurs s'excusent de toucher à des questions de séméiologie et de pathologie générale, qui leur paraissent sortir un peu du plan qu'ils se sont tracé. Pour nous, non-seulement nous les absolvons complétement sur ce point, mais nous croyons qu'ils sont là en plein dans leur sujet. Sans aucun doute, dans un grand nombre d'écoulements utéro-vaginaux qu'on rencontre chez les femmes, c'est à la constitution tout entière, c'est à la vie générale qu'il faut s'adresser, et pour en reconnaître la nature, et pour les combattre avec efficacité. Ce serait bien vainement que, dans bon nombre de ces cas, on s'opiniâtrerait à combattre le traumatisme local; c'est un autre mode de vie générale qu'il faut, si nous pouvons ainsi dire, créer, c'est la constitution tout entière, malade tout entière, qu'il faut réformer; ce n'est que quand, à l'aide des ressources fournies par l'hygiène, la diététique, la matière médicale, vous aurez opéré une métasyncrèse réelle, que vous verrez la muqueuse utéro-vaginale reprendre elle aussi son mode de vitalité normale, et la diacrèse morbide dont elle est le siége disparaître. Tout ce chapitre, nous nous plaisons à le répéter, est écrit dans l'esprit d'une excellente doctrine, et annonce, dans les auteurs du livre que nous examinons, une conception aussi nette que profonde; en un mot, toute cette première partie, dans laquelle, comme nous l'avons vu, il s'agit des écoulements utéro-vaginaux idiopathiques, est parfaitement traitée : si la disposition des sujets n'est point à l'abri de toute critique, le fond des choses, par la manière dont il est traité, fait oublier ce que cet ordre peut avoir de défectueux.

Le second livre, où il s'agit des écoulements symptomatiques et des maladies qui les déterminent, embrasse un grand nombre d'affections dans lesquelles l'écoulement utéro-vaginal n'est qu'un épiphénomène, et qu'on ne peut, sans s'affranchir de toute méthode, entasser dans le même cadre. Nous concevons l'idée pratique de MM. Blatin et Nivet, ils savent qu'un grand nombre de praticiens ne voient dans ces nombreuses maladies que la phlegmorrhée, par laquelle elles se traduisent tout d'abord, et ils veulent les conduire à distinguer les altérations nombreuses auxquelles se lie un écoulement symptomatique. Ce mode d'enseignement peut avoir son utilité; nous le croyons pourtant essentiellement défectueux. Cette réserve faite, empressons-nous de dire en finissant, que ce second livre se recommande comme le premier par une érudition bien choisie, et des vues pratiques toujours saines, toujours judicieuses.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Iodure de potassium dans la syphilis constitutionnelle. — M. Chomel a eu plusieurs fois l'occasion de reconnaître les avantages que possède l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis constitutionnelle. Tout récemment encore, nous avons vu dans son service, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, une femme affectée d'exostose du crâne avec des maux de tête très-aigus s'exaspérant pendant la nuit, et tenant évidemment à une syphilis constitutionnelle. Cette femme a été mise à l'usage de l'iodure de potassium; en moins de quinze jours les douleurs de tête avaient disparu, et l'exostose était en voie de diminution; le mois s'était à peine écoulé que la guérison était complète et définitive. M. Chomel cite un exemple où les bons effets de l'iodure de potassium ont été encore plus remarquables. Il s'agit d'une dame de province à laquelle le mari avait communiqué la maladie syphilitique. A la suite des symptômes primitifs, cette dame eut des exostoses au crâne et dans d'autres régions. Elle avait d'abord été traitée par les mercuriaux, mais d'une manière incomplète, de sorte que les phénomènes morbides persistaient et faisaient beaucoup souffrir la malade. Elle se décida à venir à Paris, où elle consulta M. Chomel; celui-ci la soumit à l'usage des pilules de sublimé, et au bout de trois ou quatre mois les douleurs avaient disparu, les exostoses avaient diminué, tous les symptômes étaient amendés; mais le mieux ne fut pas de longue durée; les douleurs ostéocopes nocturnes revinrent avec une intensité croissante. M. Chomel eut recours alors à l'iodure de potassium, qu'il continua pendant assez long-

temps. Le mieux se prononça et persista cette fois, au point que cette dame put retourner chez elle en bon état au bout de quelques mois. Il lui fut recommandé toutefois de continuer l'usage de l'iodure pendant quelque temps encore à dose progressivement décroissante. Grâce à ce moyen, la guérison a été complète et durable. M. Chomel a eu beaucoup à se louer, dans sa longue pratique, de la tisane de Feltz, dans les cas de syphilis invétérée. Cette tisane, dans la composition de laquelle entrent, comme on sait, du sulfure d'antimoine et une petite dose d'arsenic, produit des effets promptement avantageux dans les diverses exostoses et dans les pustules syphilitiques; mais bien que ce remède jouisse d'une efficacité, selon lui, au moins aussi prononcée que celle de l'iodure de potassium, il lui préfère néanmoins ce dernier, à cause des inconvénients nombreux qui sont attachés à l'emploi de la tisane de Feltz, et que n'a point l'iodure de potassium : la tisane de Feltz est très-désagréable à prendre, beaucoup de personnes la rejettent ou n'en peuvent soutenir l'usage; elle a en outre l'inconvénient d'être composée d'un mélange de substances très-compliqué, et d'exiger une préparation difficile. L'iodure de potassium, au contraire, est facile à administrer et n'exige aucune préparation; il a, sous ce rapport, des avantages réels sur la tisane de Feltz.

Fomentations froides dans le croup. — Tous les faits bien établis desquels il ressort un enseignement pratique, peuvent avoir dans un cas donné une importance extrême. Ainsi quand il s'agira du croup, nous pourrons établir le précepte de traiter cette terrible maladie par les sangsues et les vomitifs répétés coup sur coup, mais nous ne conseillerons jamais d'appliquer la méthode des fomentations et des arrosions froides. Cela n'empêche pas cependant que le praticien ne doive enregistrer le résultat de ces moyens dans le cas suivant, où le croup était arrivé à un état désespéré. M. le docteur Moos, de Vienne, fut appelé auprès d'un enfant de quatre ans pris de croup; il appliqua immédiatement quatre fortes sangsues au devant du larynx, et ordonna des boissons chaudes, un demi-grain de calomel toutes les heures et une émulsion. La maladie ayant fait des progrès, on appliqua de nouveau quatre sangsues; mais bientôt l'enfant tomba dans un état d'anémie, et la respiration devint toujours plus inquiétante, les selles étaient verdâtres. On prescrivit quatre grains de sulfate de cuivre dans deux onces d'eau, à prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures. Chaque dose produisit des vomissements. Trente-six heures après le commencement de la maladie, le danger était devenu extrême; on se décida à pratiquer la trachéotomie. Pendant qu'on faisait les préparatifs de cette opération,

on appliqua des fomentations froides sur la tête et le cou, qu'on changea toutes les trois minutes, et on fit boire de l'eau froide au petit malade. Trois heures après, il était plus calme, la respiration moins pénible, la toux plus rare, le sifflement moins aigu et la suffocation moins imminente. On continua le traitement; de plus, on fit toutes les demi-heures des affusions froides, chaque fois pendant deux minutes. Quinze heures après, l'enfant était sauvé. Les symptômes diminuèrent peu à peu, et ils disparurent complétement le cinquième jour de la maladie; il ne resta qu'un léger enrouement, qui ne cessa qu'au bout de quinze jours. Les applications froides ont été conseillées déjà par plusieurs praticiens dans le croup; mais certainement cette méthode n'est rien moins que sûre. En mentionnant ce fait, nous avons voulu seulement signaler à nos lecteurs une ressource de plus dans un cas extrême.

Grossesse extra-utérine chez une femme de soixante-dix ans. — Le fait suivant est surtout digne de remarque par le long séjour que les résidus d'un fœtus ont fait dans le corps de la mère. Une femme est reçue à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Blache, pour une tumeur abdominale qu'elle porte depuis trente ans. Cette tumeur est considérable, très-dure, et occupe la fosse iliaque gauche. Depuis quelques mois les douleurs qu'elle occasionne sont beaucoup plus fortes; le ventre est tendu, douloureux au toucher, les membres inférieurs sont œdématiés, et il existe de la fluctuation dans l'abdomen. Cette malade n'a eu qu'un enfant à l'âge de vingt-sept ans. Elle rapporte le développement de sa tumeur du flanc à l'âge de quarante ans. Elle a cessé d'être réglée à cinquante ans, et elle a soixante-dix ans. Cette femme est morte le 25 septembre dernier avec les symptômes d'une péritonite. A l'ouverture, au lieu du kyste de l'ovaire, qu'on avait diagnostiqué, on a trouvé que la tumeur était composée de débris d'un fœtus à terme. Presque tous les os étaient encore unis les uns aux autres par des ligaments incomplets, et leur ensemble constituait un squelette complet enroulé sur lui-même. Le bassin et les membres abdominaux occupaient la partie postérieure de la tumeur, tandis que l'occiput répondait à la partie antérieure. La tête constituait au moins les deux tiers de la masse.

Mort par suite de l'incision d'un anévrisme de la carotide primitive pris pour un abcès. — Un enfant de neuf ans entra, le 20 octobre 1841, dans le service de M. Liston, à l'hôpital du Collége de l'Université de Londres, portant au côté droit du cou une large tumeur qui s'étendait sur le trajet de l'artère carotide, depuis l'angle de la mâ-

choire jusqu'à un pouce de la clavicule. La tumeur faisait saillie dans la bouche, et par sa pression sur les parties environnantes, elle occasionnait une dyspnée considérable et une altération particulière de la voix. L'enfant dit que cette tumeur existait depuis deux mois environ, et qu'elle était survenue après un fort accès de fièvre. Avant l'arrivée de M. Liston, les élèves, ainsi que le chirurgien interne, crurent sentir des pulsations dans cette tumeur et y entendre un bruit anévrismal. Mais M. Liston, ne pensant pas qu'un anévrisme pût survenir chez un enfant de neuf ans, plongea immédiatement une lancette à abcès dans la tumeur. Aussitôt un jet violent de sang artériel s'en échappa, couvrit la face et les mains de l'opérateur, et l'enfant s'évanouit. M. Liston ferma la plaie au moyen d'une suture semblable à celle du bec de lièvre, et le lendemain il essaya de lier la carotide primitive au-dessus de la clavicule ; mais le volume de la tumeur, l'extravasion du sang dans le tissu cellulaire environnant, l'impossibilité d'étendre l'incision en haut, rendirent l'opération très-difficile. L'enfant la supporta bien ; mais malheureusement il mourut d'hémorrhagie secondaire le 5 novembre. On trouva à l'autopsie que la ligature avait été appliquée à un quart de pouce de l'innominée. La tumeur était un anévrisme.

Fissure à l'anus guérie par l'extrait de ratanhia. — MM. Bretonneau et Trousseau ont rendu un grand service à la pratique en faisant connaître l'excellent traitement de la fissure à l'anus, qui consiste dans l'emploi des lavements avec l'extrait de ratanhia. Assurément déjà un grand nombre de sujets atteints de cette douloureuse maladie ont dû à cette méthode d'éviter le traitement par l'incision ou par la cautérisation. Nous avons eu une occasion récente de vérifier de nouveau l'efficacité du ratanhia. Une dame de trente ans, femme d'un officier supérieur en garnison à Paris, portait une fissure à l'anus depuis deux ans ; la défécation était extrêmement douloureuse. Depuis six mois surtout elle éprouvait à la partie inférieure du rectum, pendant plus de trois heures après chaque garderobe, le sentiment d'une brûlure avec des battements fort incommodes. Elle avait été traitée dans plusieurs villes de province par les lavements opiacés, par les applications de belladone ; ces médicaments n'avaient eu que des effets momentanés. Arrivée à Paris, elle désirait ardemment se faire opérer pour mettre un terme à ses douleurs ; elle consentit néanmoins à tenter encore le traitement par l'extrait de ratanhia. Nous constatâmes d'abord, par l'introduction du doigt dans l'anus, une fissure de plus d'un pouce de long à la partie postérieure. La surface dénudée était excessivement douloureuse au toucher. Comme on avait inutilement employé les divers moyens calmants, nous mîmes en

usage d'emblée les lavements de ratanhia. La malade put garder chaque jour, quelques minutes de plus, le lavement, et chaque jour aussi il y eut une diminution dans l'intensité de la douleur au moment de la garde-robe et après cette fonction. En seize jours cette malade a été complétement guérie. Six mois se sont écoulés depuis, et aucun accident nouveau ne s'est reproduit. Tout le traitement a consisté dans l'administration journalière d'un lavement ainsi composé : extrait de ratanhia 4 grammes, eau 120 grammes, alcool 1 gramme. Ce lavement était pris immédiatement après avoir rendu un lavement à l'eau simple, pour vider l'intestin ; ce lavement a de plus l'avantage de faire tolérer plus facilement le lavement médicamenteux.

Emploi de la cévadille dans la rage. — Dans une maladie comme la rage, c'est le hasard, c'est l'empirisme seuls qui peuvent nous fournir un moyen efficace de traitement. Jusqu'ici toutes les recherches ont été vaines. Il ne faut donc taire aucun résultat avantageux qu'on peut rapporter à une médication quelconque. Un médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Fouilhoux, s'était promis de saisir la première occasion d'essayer, dans l'hydrophobie, une plante qui est considérée, par les indigènes du Mexique, comme un remède infaillible dans cette affection; cette plante, c'est la cévadille (*veratrum cevadilla*), de la famille des colchicées. Cette occasion s'est présentée, la voici.

Un domestique, âgé de quarante-quatre ans, mordu il y avait un an par un chien enragé, est amené à neuf heures du soir, à l'Hôtel-Dieu de Lyon avec tous les symptômes de la rage, qui s'étaient développés depuis le matin. Il avait déjà eu cinq ou six accès. Il était dans l'état suivant : face injectée, langue humide, céphalalgie, vertiges, constriction à la gorge, horreur des liquides et de la lumière : impossibilité de supporter cette dernière; elle provoque les accès; pas de vésicules sous la langue, cris déchirants, grincement des dents, envie de mordre, peu d'écume à la bouche. Après les accès le malade est affaissé, mais a tout son bon sens. On lui donne, peu de temps après son entrée, 30 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, les accès continuent; à dix heures et demie du soir on pratique une saignée du bras d'un kilogramme, et l'on donne 45 centigrammes d'extrait d'opium, et à une heure du matin encore 50 centigrammes du même médicament. Le malade paraissant dans un état désespéré, on administre le lendemain, à neuf heures et demie du matin, 60 centigrammes de cévadille. L'ardeur épigastrique augmente; à une heure après midi le malade se plaint d'une chaleur brûlante à la gorge et de difficulté de respirer. Un seul accès à trois heures; sommeil qui dure trois heures entières, après lequel le malade

boit un peu et se trouve mieux. Le lendemain point de nouvel accès ; le malade boit dans la journée plus d'un demi-litre de tisane. Le mieux se soutient les jours suivants, et après une semaine de séjour à l'hôpital, le malade en sort, heureusement bien persuadé qu'il n'a pas eu la rage.

Abcès profond à la mamelle, simulant un cancer de cet organe. — Il n'est pas sans exemple, et nous en avons rapporté un des plus saillants, que nous avons eu sous les yeux en 1840, à l'Hôtel-Dieu de Paris (tome XVIII, page 130), qu'un abcès du sein ait été pris pour un cancer, et opéré en conséquence. Le diagnostic est souvent si difficile, qu'il est arrivé à Benjamin Brodie, à sir A. Cooper, à Dupuytren et M. Roux d'amputer une mamelle, et cela pour un abcès méconnu. Il est utile, par conséquent, de revenir sur ce sujet et de rappeler de semblables erreurs. Dans un cas douteux de cette nature, voici la conduite qu'a suivie M. Johnson : il a employé la ponction exploratrice. Une femme se plaignait de douleur à la mamelle gauche, et croyait avoir un cancer. Plusieurs chirurgiens qui l'avaient examinée lui avaient dit qu'elle avait une tumeur de nature suspecte, et qui pouvait acquérir un caractère sérieux. La santé générale était assez mauvaise : maigreur, aspect cachexique propre aux affections squirrheuses ; les règles étaient régulières ; la mamelle était grosse, dure et noueuse, le palpement y produisait peu de douleur, mais la malade se plaignait de douleurs lancinantes qui passaient à travers la glande ; le mamelon n'était pas rétracté. On prescrit une application de sangsues et quelques purgatifs. Trois semaines après, la tumeur paraît augmenter légèrement ; elle est plus sensible au toucher ; fluctuation obscure et profonde. Dans cet état de choses, M. Johnson plonge une aiguille à gouttière à travers le sein, puis une lancette, et il donne issue à une quantité considérable de pus. L'abcès paraissait formé dans le tissu cellulaire qui existe entre la mamelle et le muscle pectoral. On a introduit une mèche dans la plaie ; consécutivement cette ouverture est devenue fistuleuse, elle est restée ainsi pendant plusieurs mois, mais elle a fini par s'oblitérer.

Larges ulcères atoniques anciens guéris en peu de jours par un traitement intérieur. — Nous l'avons dit souvent, et nous ne saurions trop le répéter, les moindres lésions extérieures peuvent emprunter une certaine gravité des dispositions générales de l'organisme. Se borner, dans ces cas, au traitement purement chirurgical, c'est vouloir éterniser des affections dont quelques jours feraient justice par des soins mieux appropriés à la constitution. Nous avons sous les yeux un exemple saillant de cette vérité : un jeune homme de dix-huit ans, d'une constitution ordinaire, portait depuis treize mois des ulcères larges et nombreux aux

membres inférieurs; deux de ces ulcères avaient pour siége la jambe gauche; cinq autres occupaient la jambe droite, dont le côté externe était entièrement envahi. Ce malade avait été inutilement traité dans trois hôpitaux différents par les chlorures, la cautérisation, les bandelettes; rien n'avait fait. C'est dans cet état qu'il est entré à la Pitié, salle Saint-Louis, nº 39. Les plaies présentaient les caractères de l'ulcère simple, dit atonique. M. Lisfranc a administré à ce malade l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose d'un gramme par jour, en trois fois d'abord, puis à la dose de deux grammes dans les vingt-quatre heures; on a fait un pansement simple, et l'on a ordonné la meilleure nourriture qu'on puisse donner dans un hôpital. Ce traitement a eu un résultat tellement merveilleux, qu'il y a à peine dix jours que ce malade est à l'hôpital, et qu'il est déjà presque entièrement guéri de ses ulcères, qui résistaient depuis plus d'un an. Chez ce malade, il n'y avait ni principe scrofuleux, ni principe syphilitique, il y avait atonie générale. En effet, des ulcères de la largeur de ceux-ci affaiblissent la constitution, sans parler du défaut d'exercice et du séjour à l'hôpital, qui contribuent aussi à appauvrir l'organisme. L'iodure de potassium a agi dans ce cas comme un excellent tonique.

Oblitération des fosses nasales sans nasillement. — Un fait physiologique qui peut avoir son importance s'observe chez un malade couché à la Pitié dans le service de M. Lisfranc. A la suite d'un coup de fléau à battre le blé qu'un homme, couché au nº 8 de la salle Saint-Louis, reçut il y a trois ans sur la figure, il y eut chez lui des désordres qui amenèrent la sortie par le nez et par le grand angle de l'œil de plusieurs pièces osseuses; de plus, il s'en est suivi une adhérence complète du voile du palais, d'un côté, à la colonne vertébrale. La moitié gauche de ce voile, dans toute son étendue jusqu'à la luette, est maintenue horizontalement par cette adhérence, et bouche de ce côté le passage de l'air dans les fosses nasales. Malgré cette disposition, qui est parfaitement constatée par la vue et par le toucher, ce malade ne *nasille* pas du tout; il y a plus, si on bouche exactement avec un bourdonnet de charpie l'ouverture très-étroite qui fait communiquer la gorge avec les fosses nasales à droite, la voix n'est pas non plus *nasillée*. Cette expérience a été souvent répétée. Ainsi cet homme avec une ouverture moitié moins grande qu'à l'ordinaire, ne nasille pas, et sans ouverture ne nasille pas non plus. Ce fait est curieux. Ne porterait-il pas à penser que cette altération de la voix connue sous le nom de nasillement, altération qui est quelquefois insupportable, pourrait être enlevée par l'oblitération des fosses nasales au niveau du plancher du voile du palais, et avant toute pénétration de l'air

dans l'intérieur des fosses nasales, lieu où s'établit le retentissement si désagréable dont il est question?

VARIÉTÉS.

Sur une mesure récente prise par l'association des médecins de Paris. — Ce que nous avons demandé si souvent, ce que nous ne cesserons de recommander encore, commence à être compris par le public médical et à s'infiltrer peu à peu dans nos habitudes. Dans l'état d'isolement et d'abandon où le pouvoir laisse la profession médicale, c'est à elle-même à veiller à ses intérêts, à sa dignité, à son honneur. Pour qu'un corps devienne respectable et respecté, il n'a qu'à le bien vouloir : voilà ce que nous disons depuis longtemps, et ce que nous sommes bien en droit de répéter, alors qu'un exemple récent nous vient servir de preuve.

L'Association de prévoyance des médecins de Paris a pris dernièrement une mesure importante et grave, qui, dans les circonstances actuelles, s'élève aux proportions d'un événement, et dont les conséquences peuvent avoir la plus grande valeur. Fondée dans un but essentiellement secourable et presque en dehors de toute préoccupation de l'honorabilité de la profession, ses statuts cependant ont été rédigés de manière à ce que tout membre de l'Association qui a commis un acte compromettant la dignité de la profession puisse être exclu de cette Société. Depuis sa fondation, soit par tolérance, soit par tout autre motif, l'Association n'avait pas encore infligé cette peine sévère. Un de ses membres, dont le nom a péniblement retenti devant la cour d'assises, et dont le bruit public accusait la conduite, a eu à subir une rigoureuse enquête dirigée par une commission choisie parmi les membres les plus honorables et les plus graves de l'Association. Le rapport de cette commission, modèle de prudence et de réserve, lu dans la dernière assemblée de l'Association, a établi que, quelque graves que fussent les faits qu'elle eût découverts, l'Association n'avait pas mission ni de les inculper, ni de les dénoncer, et qu'elle devait borner son contrôle aux faits purement extérieurs de la profession médicale. Or, le membre inculpé, en s'associant ouvertement et sous les formes légales avec un pharmacien vendant un remède secret, s'était précisément placé dans les conditions d'exclusion prévues par les statuts ; il devait donc en subir les conséquences. L'Association, en effet, à l'unanimité, et dans la réunion la plus nombreuse qu'elle ait jamais eue, a prononcé l'exclusion du docteur X....

Cette décision, quoique simple en apparence, offre cependant une grande importance. L'Association de prévoyance, en effet, tend à réunir à elle le plus grand nombre des médecins de Paris. Son but de bienfai-

sance, aussi bien que l'action qu'elle peut exercer sur les actes extérieurs de la profession, doivent lui rallier tous ceux qui prennent au sérieux la considération et la dignité de notre art. Or, avec les quelques articles de son règlement qui régissent sa discipline intérieure, elle peut maintenir dans son sein les plus purcs traditions de l'honorabilité médicale, et devenir ainsi, sans efforts et sans susciter aucune répulsion, une sorte de conseil supérieur chargé de veiller sur la dignité professionnelle. Cet isolement, cette rupture de tout lien de confraternité et de solidarité entre les médecins de Paris, peuvent cesser par elle; et alors qu'ils savent que la Société a droit de contrôle et d'examen sur les actes publics de chacun de ses membres, la tendance de quelques-uns vers l'industrialisme et les moyens excentriques sera réprimée, du moins par crainte, si ce n'est par vertu. L'acte de rigueur et de justice que l'Association vient de faire sera, nous l'espérons, d'un très-bon exemple. Elle doit suivre sans faiblesse la voie nouvelle où elle vient d'entrer, au bout se trouveront d'immenses résultats; elle aura l'honneur et la gloire d'avoir remoralisé, si l'on peut ainsi dire, une profession que ses propres excès avaient jetée dans le dernier degré de la déconsidération.

Du reste, ce n'est pas le seul service que l'Association ait rendu à notre profession depuis sa fondation, qui remonte à neuf ans. En 1833, alors qu'on était dans toute la ferveur de la réforme médicale, elle produisit et discuta un projet d'organisation. Dans l'affaire Thouret-Noroy, elle plaida avec chaleur l'irresponsabilité médicale; plus tard ce fut elle qui porta un coup décisif à la défunte Société sanitaire; c'est à elle qu'est dû le retrait d'une ordonnance de police qui entravait la pratique des autopsies dans la ville; c'est elle qui a demandé une modification à l'institution des officiers de santé; c'est sur ses instances, enfin, qu'a été obtenue la révocation de l'autorisation d'exercice accordée à un étranger qui avait infecté les murs et les journaux de ses sales annonces. Certes, voilà des services réels; voilà un indice de force et de puissance; il ne lui reste qu'à en mesurer et diriger l'emploi.

Concours de clinique chirurgicale. — Ce concours a été ouvert le 18 mars. Le jury est ainsi constitué : ***Pour la Faculté :*** MM. Jules Cloquet, Blandin, Breschet, Cruveilhier, Gerdy, Marjolin, Moreau, Velpeau; suppléants : MM. Bouillaud et Piorry. — ***Pour l'Académie de médecine :*** MM. Gimelle, Begin, Jobert, Réveillé-Parise; suppléant : M. Villeneuve. M. Jules Cloquet a été nommé président, et M. Gimelle secrétaire.

Les concurrents sont : MM. Aug. Berard, Ph. Boyer, Chassaignac, Chrétien (de Montpellier), Huguier, Laugier, Malgaigne, Robert, Thierry, Vidal (de Cassis). MM. Michon et Lenoir se sont retirés du concours pour cause de santé.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE QUELQUES DÉSORDRES DE L'INTELLIGENCE, QUI PEUVENT ÊTRE EFFICACEMENT COMBATTUS SANS LA CONDITION DE L'ISOLEMENT.

S'il est un ordre d'affections dans lesquelles il est surtout nécessaire de combattre le mal dès le début, ce sont les maladies mentales. Qu'une altération visible ou invisible, mais dans tous les cas nécessaire de la masse encéphalique soit le point de départ forcé de toute aberration de l'intelligence, ou bien que dans quelques cas cette aberration soit le résultat simple d'un mode vicieux de l'activité du principe de l'entendement, nous trouvons ici une force qui tend à modifier puissamment les phénomènes anormaux par lesquels se traduit la maladie, savoir la volonté, ou pour parler plus précisément, la liberté morale. Dans les autres maladies, soit aiguës, soit chroniques, qu'elles consistent dans une flegmasie locale, dans une diacrise, ou une cachexie diathésique, les phénomènes morbides sont sous la dépendance des forces fatales de la matière, ils sont complétement soustraits à l'empire de la volonté. Sans doute, même dans les maladies mentales, il est pour quelques-unes d'entre elles certaines complications, il est pour toutes un degré dans la profondeur de la lésion, où l'influence de la volonté s'efface à peu près complétement; ce n'est point de ces cas graves que nous voulons parler ; ici les malades doivent nécessairement être soumis à la condition de l'isolement. Mais il est certaines de ces affections qui n'atteignent point immédiatement ce degré de gravité ; il est certains troubles de l'intelligence dans lesquels la volonté, considérée comme faculté générale, est si loin d'être pervertie, que les malades protestent eux-mêmes, en quelque sorte, contre les désordres de leur intelligence, dont ils ont la conscience, et qui ne deviennent lypémanes que par la tristesse profonde que leur inspire leur état. Jusqu'à quel point, en pareil cas, la condition de l'isolement est-elle commandée? c'est là une question qu'il serait important de résoudre. Voici un individu qui est tourmenté par de simples hallucinations; en voici un autre qui, interprétant mal des sensations réelles, est en proie à des illusions qui le poursuivent incessamment : étudiez ces malheureux, faites un moment abstraction de ces erreurs; leur intelligence est intacte, ils jouissent de la plénitude de leur volonté. Quel effet doit produire dans ces cas un isolement absolu? Séparés de tout ce qu'ils ont de plus cher, froissés dans le sentiment qui survit le plus longtemps à la perte de la raison, l'amour-propre, et ici l'amour-propre le plus

légitime, croit-on que la violence dont on est forcé d'user le plus souvent en semblable circonstance ne soit point de nature à préparer la réaction la plus funeste? Si nous voulions ici nous appuyer de l'autorité des auteurs spéciaux, il nous serait facile de citer des faits qui nous aideraient à résoudre cette question; mais comme, en dépit de ces faits, cette question n'est point encore aujourd'hui résolue, nous n'entrerons pas, sur ce point de théorie, dans de plus grands développements; en attendant cette solution, voici comment les choses se passent : un bon nombre d'hallucinés, ou d'individus tourmentés par des erreurs de sens de diverses sortes, ne sont point, par une circonstance ou une autre, renfermés dans des maisons d'aliénés ; tous les jours les médecins ordinaires sont appelés à leur donner des soins : quelle ligne de conduite doivent-ils tenir dans ces cas, qui les prennent toujours un peu au dépourvu? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

Il est des individus, et ils se rencontrent surtout parmi les femmes hystériques, qui sont violemment tourmentés par une idée qui les obsède le jour et la nuit, et dont aucune distraction ne peut les affranchir : les malades savent parfaitement la vanité de leur préoccupation ; ils vous disent eux-mêmes que le danger dont ils s'effraient ne saurait se réaliser; en un mot, ils savent qu'il n'y a rien là dont ils doivent se préoccuper; mais ils se préoccupent; l'idée est là, toujours présente; ils ne peuvent la chasser. Que faire en semblable circonstance? Est-ce un fou que cet individu? faut-il immédiatement, et pour prévenir le développement ultérieur d'accidents plus caractéristiques et plus graves, déclarer que la séquestration est nécessaire? Bien que dans plus d'un cas il soit arrivé à des hommes spéciaux de se contenter d'indices aussi légers pour établir le diagnostic le plus grave, nous pensons pourtant qu'il y aurait au moins une grande imprudence à suivre toujours ici cette ligne de conduite. Quand les médecins qui s'occupent spécialement de l'étude des maladies mentales se seront préparés à cette étude par des études psychologiques, plus sérieuses plus étendues que celles auxquelles ils se bornent ordinairement, nous sommes persuadé que beaucoup de questions encore aujourd'hui bien obscures seront éclaircies. Eh, mon Dieu ! est-il besoin d'une étude bien profonde dans cette direction, pour saisir dans le jeu normal de la raison la plus saine des aberrations qui ont la plus grande analogie avec le trouble d'intelligence que nous venons d'indiquer? Ici l'on sent, il est vrai, que cette idée fausse, cette image bizarre, qui semble se jouer de notre entendement, n'enchaîne point la volonté, que celle-ci a le pouvoir de nous en affranchir. Combien de fois n'arrive-t-il point que la seule différence saisissable entre le cas précédent et celui que nous supposons, ne consiste que dans la conscience

que nous avons du pouvoir de notre volonté! car l'image, l'idée restent, et nous viennent préoccuper pendant un temps plus ou moins long. Du reste, ce que nous disons ici n'a point échappé à l'homme qui a étudié avec le plus de fruit la pathologie mentale, Esquirol : « Mille hallucinations, dit-il, se jouent de la raison humaine et l'égarent. En effet, l'hallucination est un phénomène cérébral ou psychique qui s'accomplit indépendamment des sens ; elle persiste quoique le délire ait cessé, et réciproquement. L'histoire de quelques hommes célèbres confirme cette indépendance des hallucinations, et prouve qu'on peut être halluciné et ne point délirer..... L'homme le plus raisonnable, s'il veut s'observer soi-même, aperçoit quelquefois dans son esprit les images, les idées les plus extravagantes, ou associées de la manière la plus bizarre. Les occupations ordinaires de la vie, les travaux de l'esprit, la raison, distraient de ces idées, de ces images, de ces fantômes [1]. » Esquirol a, lui aussi, étudié la question de la nécessité et des avantages de l'isolement dans les maladies de l'esprit, et il a conclu des nombreuses observations qu'il a pu faire dans sa longue et laborieuse carrière, que dans la plupart des cas la séquestration des aliénés est nécessaire dans l'intérêt de la société, et utile dans l'intérêt des malades. Toutefois, d'après le passage que nous venons de citer, et d'autres passages aussi explicites, il n'est point douteux que cet habile médecin ne réservât souvent, dans la pratique, les cas analogues à ceux dont il s'agit en ce moment. Le fait suivant va nous montrer un de ces cas dont la physionomie est d'ailleurs si variable :

Mme T., âgée de vingt-quatre ans, brune, petite, régulièrement menstruée, ayant présenté avant son mariage divers phénomènes hystériques qui n'ont point reparu depuis qu'elle a eu des enfants, a perdu sa grand'mère il y a six ans. Pleine d'affection et de respect pour cette femme, Mme X. en a conservé un religieux souvenir : il y a quelques mois, tout à coup, et sans qu'aucune circonstance à elle-même appréciable y ait donné lieu, une idée éclate dans son esprit (c'est l'expression même de la malade), elle voit sa grand'mère mourante, et se reproche de n'avoir point appelé le médecin assez à temps pour lui donner ses soins; elle est frappée de l'idée que cette négligence a fait périr prématurément l'objet de sa plus tendre affection. C'est en vain que pendant plusieurs jours les parents de cette jeune femme essaient de combattre cette idée, rien ne peut la chasser de son esprit; la nuit comme le jour cette pensée la met à la torture. Le sommeil est aboli, l'appétit s'éteint, et divers symptômes nerveux se développent, qui font comprendre aux

[1] *Des maladies mentales*, t. I, p. 189.

personnes qui entourent la malade, qu'il y a dans l'état de Mme X. quelque chose de morbide. C'est alors que nous sommes appelé ; la malade nous fait connaître son état, elle nous accuse l'idée fixe qui constamment la préoccupe ; elle craint que ce qu'elle appelle son crime ne soit connu, et ne la fasse désigner par le monde comme parricide. Après avoir examiné la malade, nous reconnaissons que les divers symptômes qu'elle éprouve viennent de la préoccupation morbide qui tient son attention captive ; nous combattons cette idée par tous les raisonnements que nous croyons devoir faire le plus d'impression sur l'esprit de la pauvre patiente : la sachant religieuse, nous lui conseillons d'accuser ce qu'elle croit une faute au prêtre qui a sa confiance ; d'un autre côté, nous recommandons au mari d'assurer positivement à sa femme que si jamais quelque chose de ceci transpirait dans le public, il quitterait immédiatement le pays. Grâce à ces divers moyens, Mme X. retrouve un peu de calme, le sommeil revient, et au bout de huit jours la malade a retrouvé sa sérénité ordinaire.

C'est en face de pareils malades surtout, qu'on peut dire avec M. Leuret, qu'un fou est un malade qui se trompe. Fallait-il dans ce cas employer le traitement banal de la folie? Fallait-il supposer que ces accidents légers se liaient à une congestion sanguine du cerveau, et recourir en conséquence aux évacuations sanguines, aux exutoires, aux purgatifs, à ces moyens toujours les mêmes, auxquels on recourt dans la pratique ordinaire chaque fois que l'on rencontre quelques symptômes qui font redouter un trouble permanent et apyrétique de l'intelligence? Nous ne le saurions penser. Ici c'est à une hallucination interne, si nous pouvons dire ainsi, que nous avions affaire : Mme X. se rappelle un fait, qu'à six ans de distance de l'époque où il s'est passé, elle interprète mal; il eût été certainement absurde de poursuivre dans le cerveau une lésion matérielle fort problématique, et de négliger d'agir sur la force même, sur l'entendement où se passait le désordre qu'il s'agissait de combattre. Cette force, intelligence ou volonté, nous pouvons, grâce à la parole, l'atteindre directement, l'impressionner par la joie ou la douleur, par l'espérance ou la crainte, et la thérapeutique des maladies dans lesquelles cette force est pervertie dans l'un ou plusieurs de ses modes d'activité, ne chercherait point à agir directement sur elle! En vérité, il faut que la science ait été jetée dans une direction bien vicieuse; il faut que nous ayons été placés sous l'empire de préoccupations bien étranges, pour que nous soyons demeurés si longtemps dans une erreur aussi flagrante. Heureusement le temps approche, nous en avons la foi, où l'idée que nous venons d'émettre sera acceptée de tous les hommes dont l'esprit n'est pas pour toujours emboîté dans l'ornière de la routine : M. Leuret,

dont nous citions le nom tout à l'heure, s'est mis à la tête de cette heureuse réaction; nous avons confiance dans son étoile.

Il est d'autres désordres de l'intelligence qu'Esquirol distingue des simples hallucinations, en ce que, dans ce cas, il y a sensation réelle, ce qui n'a point lieu par l'hallucination proprement dite; seulement cette sensation est mal interprétée par les malades. Sans rechercher jusqu'à quel point cette distinction est admise par les hommes spéciaux, nous l'accepterons ici, parce qu'elle tend à imprimer à la pratique une direction vraiment utile dans quelques cas. Il n'y a point de sensation morbide qui, vicieusement interprétée par une intelligence malade, ne puisse ainsi devenir la source d'indications particulières. Nous ne parlons point de ces cas complexes d'aliénation mentale où les illusions des sens ne constituent en quelque sorte qu'un épiphénomène de la maladie; même dans ces cas cependant ces sortes d'accidents doivent être souvent combattus d'une manière spéciale, car presque toujours ils augmentent le délire, ou tendent à lui imprimer un caractère de constance qu'il n'aurait point ordinairement sans cela. Mais, nous le répétons encore ici, il ne s'agit point de ces maladies complexes en ce moment; nous voulons parler de ces cas encore assez nombreux où l'hallucination existe d'une manière isolée, et constitue, au moins en apparence, un état morbide assez peu grave pour qu'on ne croie pas devoir recourir à la séquestration des malades. Les auteurs ont rapporté nombre de faits de ce genre, et dans beaucoup de ces cas il a suffi, quand on l'a pu, de faire disparaître la sensation, ou même de tromper les malades en leur persuadant que l'objet de la sensation avait disparu, pour rétablir l'ordre dans leur intelligence troublée. Qui ne connaît l'histoire de cette jeune fille à laquelle Esquirol donnait ses soins, et qui, éprouvant une douleur fixe dans un point de la tête, était persuadée qu'il y avait là un ver qui lui rongeait le cerveau? M. Bigot, médecin habituel de la malade, sur le conseil d'Esquirol, pratique sur le point où existe la douleur une incision de deux pouces, en disant à la malade que par ce moyen il allait extraire le ver qui la faisait souffrir si cruellement. L'opération terminée, on montra à la malade un fragment de fibrine qu'on assura être le ver si malencontreusement placé. A partir de ce jour, toutes les frayeurs de Mlle X. disparaissent, et l'intelligence recouvre sa sérénité habituelle. Les faits de ce genre sont loin d'être rares dans la pratique ordinaire, et si, dans tous ces cas, on s'empressait de soumettre les malades à la condition de l'isolement, nous sommes convaincu que souvent on aggraverait le mal; on substituerait à une simple erreur des sens un véritable délire maniaque. Entre divers cas que nous pourrions rapporter ici, nous choisirons le suivant, comme un des plus simples.

Mlle H., habitant ordinairement la campagne, âgée de vingt et un ans, d'une constitution très-forte, régulièrement mais peu abondamment menstruée, et ne présentant dans la santé d'autre accident qu'une forte et habituelle constipation, perd tout à coup sa gaîté ordinaire; elle fuit toutes les réunions, ne se plaît que dans une absolue solitude. Vainement ses parents eux-mêmes l'interrogent pendant une année entière sur la cause du changement qu'ils remarquent en elle, et dont elle convient elle-même volontiers, ils ne peuvent lui arracher aucun aveu; nous-même ayant eu occasion de la voir plusieurs fois pendant ce laps de temps, nous ne sommes pas plus heureux dans nos questions. Enfin un jour la malade nous fait une entière confidence, et nous dit en rougissant que la cause de la tristesse sur laquelle nous l'avions plusieurs fois vainement interrogée est celle-ci : elle éprouve constamment dans le flanc droit une gêne, un malaise sur lesquels son esprit est incessamment fixé. Après avoir attentivement examiné la région abdominale, nous ne saisissons rien qui nous explique la sensation expliquée par la malade. Tout à coup alors, achevant sa confidence commencée, elle nous dit en fondant en larmes, qu'elle mourra bientôt, qu'elle sent très-distinctement que ses entrailles vont s'échapper à travers ses parois abdominales entr'ouvertes. Nous nous gardâmes bien de combattre de front cette idée. Examinant de nouveau l'abdomen, nous lui dîmes reconnaître en effet qu'il y avait entre les muscles et les divers tissus composant les parois du ventre un écartement léger qui augmentait dans certaines positions, et que la sensation qu'elle accusait provenait de l'effort des intestins pour se placer dans cet écartement; que cette disposition n'était point très-rare; mais qu'il y avait un moyen simple de mettre fin à cet état de choses, c'était de suppléer à la faiblesse des parois abdominales par une ceinture, qui devrait être portée exactement jusqu'à ce que ces parois eussent repris leur force normale. Nous savions en outre que le père de Mlle H., affecté d'une hernie inguinale, portait habituellement un bandage : nous ne manquâmes pas d'exploiter cette circonstance dans l'intérêt de la sécurité de notre intéressante malade; nous lui dîmes que son père lui-même éprouvait quelque chose d'analogue à ce qu'elle éprouvait, et qu'il était depuis longtemps mis à l'abri de tout accident à l'aide d'une ceinture dont il ne se séparait jamais. Le père fut averti aussitôt par une lettre de se tenir en garde contre les questions que sa fille, à son retour auprès de lui, pourrait lui adresser; et tout réussit à merveille. Mlle H. porta immédiatement une ceinture très-soigneusement travaillée, et depuis lors, c'est-à-dire depuis plus d'une année, ces terreurs qui empoisonnaient sa vie ont disparu. Une chose assez remarquable, c'est que la constipation opiniâtre qui depuis longtemps existait chez la malade cessa

en même temps. L'état de perplexité continuelle dans lequel celle-ci se trouvait était-il la cause de cette constipation, ou bien la compression exercée sur l'abdomen par la ceinture qui l'embrassait, a-t-elle fait disparaître cet accident? C'est là une question de fort peu d'importance, mais qu'il serait d'ailleurs assez malaisé de résoudre.

Dans quelques cas, ces sortes d'idées fixes qui préoccupent si vivement certains malades et font le tourment de leur vie, sont venues dans l'esprit à l'occasion d'un rêve dont l'impression est restée vive, ineffaçable. C'est ainsi que nous avons vu une jeune femme fort impressionnable qui, ayant perdu d'une maladie de poitrine une de ses amies, rêva une nuit qu'elle était atteinte de la même affection; elle se voyait affaiblie, décolorée, réduite au dernier degré de marasme. A son réveil, elle se persuada que ce rêve était un pressentiment, et qu'elle mourrait phthisique. Tout ce qu'on fit pour combattre cette idée ne produisit aucun résultat. La malade, poursuivie par ce fantôme, ne mangeait plus, ne dormait plus, épiait toutes ses sensations, s'écoutait respirer, et trouvait dans toutes ses observations de quoi confirmer ses craintes. Nous crûmes qu'il y avait ici indication à exercer sur le système nerveux une sédation énergique : nous prescrivîmes à la pauvre visionnaire 20 centigrammes d'extrait gommeux d'opium à prendre en se mettant au lit. La malade dormit quatorze heures d'un sommeil non interrompu. Le lendemain matin l'idée reparut bien encore, mais moins vive, moins tenace. Même prescription le soir, et le lendemain bain prolongé. Peu à peu l'idée perdit de sa fixité, et en quelques jours le moral était complétement rassuré. Nous sommes bien convaincu que la terreur dont cette jeune femme était frappée à la suite d'un simple rêve qu'elle avait eu, se fût dissipée avec le temps, et n'eût point, à moins d'une prédisposition funeste, abouti à une véritable aliénation mentale. Cependant savons-nous en quoi consiste un rêve, savons-nous ce qui se passe dans l'intimité du cerveau dans ces jeux désordonnés de l'intelligence durant un sommeil violemment agité? Quand l'insensé est soumis à notre observation, il n'est plus en état de nous rendre compte de la situation de son intelligence au moment où éclata la maladie. Les parents nous diront bien qu'il y a eu des dartres, des hémorrhoïdes qui ont cessé de fluer, etc.; mais qui nous dira ce qui s'est passé au début du mal dans le jeu mystérieux de ces facultés intimes, dont la conscience seule est informée? Comparez du reste le fait que nous venons de rapporter avec le suivant, et vous verrez, en y réfléchissant, que la ligne de démarcation qui les sépare n'est pas aussi tranchée qu'il le semblerait au premier aspect.

Un étudiant de Berlin, dit Darwin, qui jusque-là avait joui d'une

bonne santé, rentre chez lui tout effrayé, la face pâle, les yeux égarés, en assurant à ses camarades qu'il mourra dans trente-six heures. Il se couche, fait appeler un prêtre pour se réconcilier avec Dieu, fait son testament. Des symptômes graves en apparence alarment ses camarades. Hufeland est auprès du malade, ses conseils ne le persuadent pas. Ce médecin ordonne une dose d'opium, qui provoque un sommeil prolongé et bien au delà de trente-six heures. Au réveil, on parvient à prouver au malade qu'il a été le jouet de son imagination; lorsqu'il est bien convaincu, le calme renaît dans son esprit, les craintes se dissipent entièrement, la gaieté ordinaire revient; et ce jeune homme avoue qu'étant sorti la veille à la chute du jour, il a vu une tête de mort et entendu une voix qui lui a dit : « Tu mourras dans trente-six heures. »

Il n'est certainement point de maladies dans tout le cadre nosologique qui réclament de la part du médecin plus de sagacité que les maladies mentales. Quand, dans ces maladies, on aura compris toute l'importance du traitement moral, les choses deviendront bien plus difficiles encore; les questions pratiques se compliqueront alors de toutes les difficultés qu'entraîne la mobilité extrême des phénomènes psychologiques les plus variés. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons nous empêcher d'admirer la sagacité de Hufeland dans le cas que nous venons de rapporter. Nous ne connaissons en France que quelques hommes d'un esprit indépendant qui eussent, dans ce cas, saisi l'indication à laquelle satisfit le médecin de Berlin en prescrivant l'opium à son malade. Pour nous, nous en avons pris notre parti, les maladies mentales ne nous regardent point quand nous ne sommes point psychiâtres, comme on dit aujourd'hui; lorsque la pratique ordinaire nous amène à observer quelques phénomènes qui nous font craindre une aliénation mentale, à peine si nous leur opposons quelque médication banale, insignifiante, sans constance, sans suite, parce que nous sommes sans foi dans l'efficacité des moyens employés. Nous croyons que c'est là une pratique funeste, et qui, vis-à-vis d'une morale sévère, ne saurait se justifier. Mais il nous reste encore quelques remarques d'une application facile à faire : achevons.

Esquirol, dont le nom revient toujours quand on parle des maladies mentales, parce qu'il a presque tout vu dans sa carrière si remplie, a observé certains malades dont le délire se liait si étroitement avec des erreurs du sens de la vue, qu'il lui a suffi, dans quelques cas, de couvrir les yeux des malades d'un bandeau pour voir cesser, au moins momentanément, le délire. Nous avons nous-même, dans un cas fort intéressant, fait usage de ce moyen, et avons pu vérifier la justesse de la remarque de l'habile observateur. Voici une esquisse rapide de ce fait. Le nommé D..., âgé de soixante-quinze ans, et ayant toujours joui jusque-

là de l'intégrité de sa raison, rentre un jour chez lui effrayé de mille visions qui le poursuivent; partout où se portent ses yeux, les objets se transforment en quelque sorte pour l'épouvanter : ici il voit des araignées monstrueuses qui s'avancent pour lui sucer le sang; ailleurs ce sont des soldats qui le menacent de leur hallebarde, etc., etc. Comme, chez cet homme, le pouls était plein, et que quelques jours avant le développement de ces derniers accidents il s'était plaint de maux de tête, d'étourdissement, nous crûmes qu'il y avait ici indication à une saignée révulsive. Nous pratiquâmes en effet une saignée de pied qui fut abondante; mais les hallucinations avec insomnie opiniâtre continuèrent. C'est alors que nous eûmes recours à l'application d'un bandeau sur les yeux; sur-le-champ les visions disparurent : plusieurs fois le bandeau fut ôté par le malade impatient, et d'abord les visions revinrent; mais, instruit par sa propre expérience, D. eut la constance de garder le bandeau pendant une nuit tout entière et une partie du jour. Quand cette fois il le retira, il ne vit plus qu'à de longs intervalles ces fantômes qui l'avaient tant effrayé, et en quelques jours ceux-ci disparurent complétement : depuis lors le malade n'a rien éprouvé de semblable à ces accidents.

Il est incontestablement un grand nombre de cas d'aliénation mentale parfaitement caractérisés et revêtant les formes les plus graves, qui à leur début n'ont présenté rien de plus que les simples phénomènes que nous venons de signaler. Il arrive souvent en pareille circonstance que les symptômes de la maladie, ou ne sont pas bien saisis, ou ne sont point combattus énergiquement à leur origine. Cette dernière circonstance surtout nous paraît devoir exercer l'influence la plus fâcheuse sur la marche et le développement du mal. Le système nerveux est, des divers systèmes de l'économie, celui qui est le plus étroitement soumis à la loi si remarquable de l'assuétude; et ceci se comprend à merveille quand on sait la connexion intime qui unit ce système au principe de l'activité humaine. Quiconque est bien pénétré de cette vérité, conçoit toute l'importance d'une médication active appliquée aux maladies de l'entendement dès l'apparition des premiers phénomènes qui les signalent. Il résulte de là une conséquence non moins importante, et qui justifiera, nous l'espérons, ce travail, c'est à savoir que les médecins ne doivent point négliger autant qu'ils le font ordinairement l'étude des maladies mentales; car ces maladies se présentent souvent à leur observation, et s'ils en saisissent bien le caractère dès leur origine, il suffira quelquefois de l'emploi méthodique de moyens bien simples pour prévenir l'accroissement d'un mal contre lequel les médications les plus rationnelles, les plus puissantes et les plus longues viendront peut-être ensuite complétement échouer.

DE L'EMPLOI DES AFFUSIONS FROIDES DANS LES CAS DE DÉLIRE ESSENTIEL.

Les affusions froides sont un remède très-énergique dont on ne fait pas un assez grand usage, et qui, manié par des mains habiles, peut avoir des résultats presque merveilleux. Ce moyen thérapeutique a été appliqué fort anciennement, et oublié depuis à mesure qu'on a abandonné le sentier de la véritable expérience pour s'attacher à des vues systématiques. Naguère encore il était relégué dans les hospices d'aliénés, et appliqué seulement, sous le nom de douche, à un certain nombre de ces malheureux, soit comme palliatif de quelques symptômes d'aliénation mentale, soit même à titre de punition. M. Récamier a eu le mérite de rendre à cette pratique la vogue qu'elle n'aurait jamais dû perdre, en l'appliquant à une foule de maladies très-diverses, dans lesquelles il a réussi à souhait. Parmi les nombreuses maladies auxquelles cette méthode convient, il n'en est peut-être pas où elle se montre plus efficace que dans quelques cas de délire chronique. Nous avons eu occasion de la pratiquer nous-même sur un sujet menacé de monomanie suicide, et ses effets ont complétement répondu aux avantages qu'elle promettait. Toutefois, ce n'est pas sans restriction qu'on peut recourir à son usage dans le délire chronique; il est des cas en effet où l'on nuirait, à l'aide de ce moyen, au lieu d'être utile : c'est assez dire qu'il importe de bien déterminer les circonstances pathologiques dans lesquelles il est indiqué. Quelques faits empruntés soit à notre pratique, soit à la pratique de M. Récamier lui-même, fixeront aisément la valeur de ces circonstances et les manières diverses dont il doit être employé. Commençons par citer un fait tiré de notre pratique.

I. M. C., pâtissier, Suisse, âgé de 44 ans, d'un caractère réfléchi, adonné à un commerce avantageux, et fort au-dessus de ses affaires, se crut un beau jour sur le point d'être ruiné; il s'imaginait à chaque instant voir arriver les gardes du commerce pour l'enfermer dans la prison pour dettes, et que c'en était fait de sa réputation et de son honneur. Rien, d'ailleurs, dans la situation de son commerce, ne justifiait ces appréhensions; au contraire, cette situation n'avait jamais été plus brillante. Appelé auprès de M. C... après les premiers jours de ses idées délirantes, je lui trouvai la physionomie pensive, la parole brève, la langue un peu embarrassée, la face pâle, la peau un peu chaude, le pouls lent et développé. J'appris en même temps que ses garde-robes étaient difficiles, et son sommeil troublé par des rêves. A mon arrivée, le malade, qui ne m'avait pas vu depuis plusieurs mois, me reconnut aussitôt. J'entrai en conversation par des questions étrangères à ses idées fixes, et il satisfit complète-

ment à toutes mes interpellations. J'abordai peu à peu l'objet de son appréhension chimérique, et c'est alors que je pus me convaincre par moi-même du caractère particulier de son délire. Les raisonnements les plus décisifs, les preuves les plus démonstratives ne parvinrent pas à le détourner de ses idées fixes : il était bien évidemment ruiné, disait-il, et sous peu les gardes du commerce viendraient le saisir.

La gravité du cas, jointe à la condition personnelle du malade, qui était père de famille et à la tête d'un grand commerce, me déterminèrent aussitôt à solliciter les conseils de M. Esquirol. Cet habile médecin ne se méprit pas sur la gravité de l'affection de notre malade; il alla même si loin dans ce sens, qu'il craignit d'avoir affaire à un commencement de monomanie avec lésion de l'encéphale, ajoutant que cette monomanie pouvait aboutir au suicide. Cependant en prenant en considération la prompte explosion du délire, le caractère méticuleux du malade, et les symptômes actuels de la maladie, j'osai soutenir que cette affection n'offrait pas encore ce haut degré de gravité, et que des moyens prompts et énergiques pourraient l'enrayer. En conséquence, le malade fut soumis d'abord à une application de vingt sangsues à l'anus, et le lendemain il prit une bouteille d'eau de Sedlitz. Le concours de ces remèdes dégagea la tête, rafraîchit la peau, rendit le malade moins lourd; mais il ne fit rien sur le délire. A la suite de cette médication préliminaire, il fut convenu que le malade serait transporté à la campagne, et qu'il serait soumis là à une affusion froide journalière sur la tête, pendant qu'il plongerait les pieds dans un bain très-chaud. Les affusions et les bains de pieds furent continués chaque jour pendant cinq ou six jours de suite. Dans l'intervalle, le malade se promenait à l'air libre, faisait la conversation avec des amis choisis, se distrayait en un mot par tous les moyens possibles. Cette méthode thérapeutique obtint promptement l'effet attendu de son efficacité bien constatée; car après la troisième affusion le délire se montra déjà et moins durable et moins opiniâtre, jusqu'à ce qu'après la cinquième, le malade revint complétement à la raison. Il fut surveillé depuis, pour nous assurer que la guérison était parfaite, pendant une quinzaine de jours; après quoi, bien convaincu que ses idées étaient rentrées dans l'ordre, nous le déterminâmes sans peine à faire trêve momentanément à toute affaire et à aller passer quelques mois dans ses montagnes. Trois ans se sont écoulés depuis cette crise, et j'ai acquis la certitude que sa maladie n'a plus reparu.

L'affection de M. C... est remarquable tant par sa nature que par son traitement. Elle offre un cas de monomanie parfaitement bien circonscrite, qui ne s'appliquait exclusivement qu'à un seul ordre d'idées; elle était d'ailleurs exempte de toute complication notable; enfin elle ne prove-

nait pas d'une lésion matérielle. Sa guérison a été due aux affusions froides, précédées d'une application de sangsues et d'un purgatif. Cinq affusions ont suffi à ramener la lucidité des idées, et depuis, c'est-à-dire depuis trois ans, aucun symptôme analogue n'a reparu. Les affusions étaient pratiquées de la manière suivante : on prenait de l'eau à vingt degrés à peu près, et on la répandait en irrigations sur la tête du malade; celui-ci était enveloppé d'un manteau de toile cirée pour que le reste du corps ne fût point mouillé. Voici un autre exemple du bon effet de ces affusions dans d'autres circonstances. Nous l'empruntons à la pratique de M. Récamier.

II. Une jeune fille ayant le délire était confiée aux soins d'Esquirol. On n'observait point chez elle des caractères de fixité qui pussent faire soupçonner l'existence d'une méningite. Appelé en consultation auprès de cette jeune personne, M. Récamier la trouva liée dans un fauteuil, se livrant à des mouvements automatiques irréguliers, et portant machinalement à la bouche tous les objets qu'on lui présentait ou qu'elle trouvait sous sa main. Dans l'opinion de M. Récamier, c'était là une affection nerveuse non jugée. Il pensa qu'en déterminant un mouvement fébrile à l'aide des affusions froides, puis en tempérant cette fièvre à volonté, on pourrait modifier la perturbation de l'innervation. Cette proposition ayant été adoptée, la jeune fille fut retirée de la maison de santé, où elle était, et mise entre les mains de deux filles de confiance. M. Récamier commença par faire administrer des affusions froides à vingt degrés d'abord et pendant cinq minutes, puis à dix-huit, à seize degrés, et ainsi de suite en descendant graduellement jusqu'à dix degrés et pendant dix minutes, sans obtenir aucun résultat. Il les poussa au-dessous de dix degrés sans obtenir encore de résultat. Il fallut descendre jusqu'à quatre degrés pour avoir un effet; or, voici ce que ces affusions à quatre degrés déterminèrent chez cette malade.

La malade fut saisie d'un mouvement tétanique et perdit connaissance: on la fit aussitôt soustraire à l'action de l'affusion ; elle fut immédiatement placée dans un lit; après avoir été bien essuyée, on lui appliqua des corps chauds sur la région précordiale ; la chaleur fut en peu de temps rappelée; la malade reprit connaissance, elle regarda autour d'elle, et demanda sa mère pour laquelle elle avait montré une aversion prononcée pendant la durée du délire. Sur l'idée qu'on lui suggéra d'écrire à sa mère pour la venir voir, elle écrivit une lettre très-bien conçue, et qui dénotait une lucidité parfaite dans les idées. Les affusions furent encore continuées pendant quelques jours, mais à une température beaucoup plus élevée, à dix-huit degrés. De ce moment la malade entra en convalescence, et recouvra graduellement la raison et la santé.

Voilà donc, comme l'explique M. Récamier, une affection délirante chronique fruit d'une affection aiguë, dans laquelle on n'avait pu parvenir à produire une réaction fébrile par l'usage des bains chauds, premièrement employés, tandis que par les affusions froides on a provoqué, à l'aide des efforts de la nature, une réaction énergique qui a jugé la maladie. Cette malade, ajoute M. Récamier, a offert une autre circonstance notable. Pendant le délire le plus violent, alors qu'elle se livrait à des mouvements automatiques, qu'elle cherchait à tout saisir et à tout mordre, et qu'on avait tout lieu de présumer que la connaissance et la mémoire devaient être complétement abolies, elle paraissait avoir conservé ces facultés, ainsi qu'on n'en peut douter par la manière dont elle reproduisait, après la guérison, les impressions qu'elle éprouvait pendant ses accès.

Nous considérerons l'observation précédente sous un autre aspect. Nous ne savons pas jusqu'à quel point on peut dire que c'est en provoquant une réaction fébrile que les affusions froides ont eu du succès. Nous savons, il est vrai, que d'après un adage transmis par Hippocrate, et confirmé depuis par de nombreuses expériences, la fièvre résout le spasme; mais il ne s'ensuit pas pour cela que l'action interne, les agents antispasmodiques, en tête desquels se trouvent les affusions froides, doivent nécessairement provoquer la fièvre pour opérer. Il y a plus, la fièvre qui paraît à la suite des affusions froides n'est que la conséquence de la résolution des spasmes, loin d'en être la cause; de telle sorte que, suivant notre manière d'interpréter l'action des affusions froides, ce serait directement qu'elles résoudraient les spasmes, ce qui déterminerait consécutivement l'apparition de la fièvre. Quoi qu'il en soit, du reste, du mode d'action des affusions froides, il n'en est pas moins certain qu'elles opèrent des guérisons solides et promptes dans tous les cas de délire qui ne dépendent pas d'une lésion matérielle. L'indication de leur administration se tire donc de la détermination des causes du délire. Le délire est-il essentiel, c'est-à-dire provient-il d'une dépravation de la sensibilité cérébrale sans altération de tissus, les affusions froides le guérissent; mais provient-il au contraire d'une lésion profonde de la pulpe cérébrale ou des méninges, ou bien est-il sympathique de la lésion d'un organe éloigné, repoussez les affusions froides comme très-nuisibles et même comme mortelles. Reste à savoir à quels signes on peut reconnaître la présence d'une lésion matérielle.

Aujourd'hui qu'on voit partout de ces sortes de lésions, il semble que les affusions froides devraient être très-peu employées; mais l'observation clinique renverse à cet égard, comme à l'égard des autres affections, les prétentions des médecins anatomistes. Elle montre en effet

qu'une foule d'affections cérébrales, en apparence établies sur la pulpe nerveuse ou sur les enveloppes membraneuses, disparaissent avec une facilité qui exclut la supposition d'aucune de ces lésions. Ce fait doit enhardir les praticiens à recourir plus souvent aux affusions froides. Des signes rationnels déduits de l'observation clinique les guideront dans l'appréciation de leur indication. Par exemple, on les emploiera avec confiance lorsque les affections cérébrales seront sans fièvre ou que la fièvre sera très-légère ; dans celles où l'on n'aperçoit plus de symptômes de congestion ; on pourra même les employer dans les affections des centres nerveux primitivement liées à une lésion matérielle, mais dont un traitement préliminaire assorti à leur nature a effacé ou réduit notablement l'expression. Maintenant, comment faut-il procéder dans l'administration des affusions froides contre le délire en question ?

Il y a deux moyens d'administration, ou bien localement en irrigations sur la tête, les pieds plongés dans un bain chaud, ou bien généralement en irrigations sur la tête, qui tombent ensuite sur tout le reste du corps. Les affusions froides locales seront préférées tant que l'affection paraît concentrée dans la boîte crânienne ; ce genre d'affusions est d'ailleurs moins actif. On y substituera les affusions générales lorsque l'affection qui se manifeste par une perturbation des fonctions encéphaliques se lie cependant à une disposition générale. Dans la première observation, tout annonçait la localisation du délire ; aussi avons-nous préféré les affusions locales. Dans la seconde, au contraire, le délire était la suite d'une affection fébrile aiguë, et il semblait n'être autre chose que la crise fâcheuse d'une affection générale. C'est pour cela qu'on a dû employer les affusions froides générales.

La température des affusions locales ou générales n'est pas indifférente, ou plutôt leur énergie s'accroît dans le rapport de son abaissement. Cela posé, la prudence exige de commencer toujours avec des affusions à la température ordinaire, et de descendre par degrés à une température de plus en plus basse. Il est difficile de fixer au juste le chiffre de cette température. On conçoit qu'il doit varier selon les dispositions des malades, les circonstances et l'état de l'atmosphère. La règle pratique la plus facile à suivre, c'est de les faire d'abord avec de l'eau qui ait séjourné dans l'appartement même du malade, et d'y employer ensuite de l'eau de plus en plus froide. On voit par la seconde observation que l'eau à quatre degrés avait déterminé des accidents. On se gardera d'en provoquer de semblables. Nous engageons à n'abaisser tout au plus la température des affusions que jusqu'au degré seulement où elles décident un frissonnement général. Après chaque affusion, on

essuie soigneusement le malade, et on le fait coucher dans un lit modérément chaud. Les autres moyens pour le réchauffer ne seront mis en usage que lorsque le froid consécutif tendrait à devenir trop grand.

DE L'EFFICACITÉ DU TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DES HYDARTHROSES.

Je viens ramener l'attention des praticiens sur l'excellence de la méthode que M. Gimelle a préconisée dans le traitement des épanchements synoviaux articulaires. Quatre ans se sont écoulés depuis que cet honorable chirurgien a fait connaître la spécificité du tartre stibié administré à haute dose dans ces sortes d'affections (voyez tome XIV, p. 142 du *Bulletin thérapeutique*). Plus tard, à l'occasion d'une lecture que l'auteur fit sur ce sujet devant l'Académie, on s'en occupa derechef dans ce même recueil (tome XIX, p. 23). Malgré ces deux articles, et peut-être même à cause de leur importance, je crois qu'il n'est pas hors de propos de revenir encore sur cette matière. Les découvertes utiles ont d'ailleurs besoin d'être de temps à autre remises en lumière : les esprits s'en pénètrent mieux et les malades y gagnent.

Saignées générales, sangsues, ventouses scarrifiées, cataplasmes émollients, purgatifs, vésicatoires volants de diverses dimensions, liniments volatils camphrés et autres, onctions mercurielles, frictions aromatiques variées, bains, douches de vapeurs, bandage compressif, bains sulfureux, électricité, sudorifiques, etc., issue enfin du liquide épanché à l'aide d'une opération chirurgicale, tel était, il n'y a pas longtemps encore le tableau confus des moyens thérapeutiques appliqués à la cure des hydropisies articulaires. Le praticien devait choisir parmi ce pêle-mêle de remèdes.

M. Gimelle est sobre jusqu'à l'abstinence de la plupart de ces agents; il n'en emploie et n'en recommande qu'un seul, c'est le tartre stibié à haute dose, qui, à l'égard des hydropisies des synoviales, jouit entre ses mains de toute la supériorité des spécifiques les plus vantés.

Une particularité remarquable, surtout par son opposition avec les idées qui ont cours dans la science, c'est que les malades, pendant tout le temps qu'ils restent soumis à cette médication, boivent du vin, prennent des aliments. Chez un grand nombre, on est même obligé d'accorder un supplément de nourriture au bout de quelques jours (*Bull. thér.*, tome XIX, p. 28).

L'usage de ce remède accroît, dans certains cas, la sécrétion salivaire; il détermine constamment d'abondantes transpirations cutanées,

surtout pendant la nuit, et amène une diminution dans la quantité des urines. (*Ibid.*)

La tolérance, qui est le résultat le plus ordinaire, devient le signal d'une guérison prochaine; son absence n'empêche pas néanmoins que l'hydropisie articulaire ne diminue sensiblement.

Dans aucun cas M. Gimelle n'a fait précéder l'emploi de l'émétique par les saignées générales ou locales, et constamment le résultat a été favorable. Cependant ce chirurgien pense que si la fièvre était intense, si l'articulation malade présentait une grande rougeur, beaucoup de chaleur, si les organes digestifs étaient le siége d'une grande irritation, il serait convenable de combattre ces symptômes avant d'administrer le tartre stibié.

Le premier effet de ce sel est de calmer la douleur locale; le second, de favoriser la résorption de l'épanchement. Cet effet a été constant dans vingt-huit cas d'hydarthrose, excepté dans deux, où le liquide a disparu dans le temps ordinaire, c'est-à-dire dans un espace de huit à seize jours; mais il est resté de la douleur dans une articulation, qui a persisté pendant un mois une fois, et près de quarante jours l'autre. (*Ibid.*)

La première dose d'émétique a été de 20 centigrammes dans tous les cas; on s'est élevé de 10 centigrammes chacun des jours suivants; mais il n'en a été donné jamais plus d'un gramme dans les vingt-quatre heures.

Ces préliminaires une fois établis, exposons maintenant ce que nous avons observé nous-même.

La veuve Jeanne Bouquey, bordière à Fonbrange (Saint-Christophe), âgée de vingt-huit ans, de taille moyenne, replète, au teint coloré, accouchée une seule fois il y a six ans, habituellement bien portante, travaillait depuis quelques jours dans les champs, sans cesse exposée à la pluie, lorsque, le 12 janvier dernier, dans l'intervalle de deux époques menstruelles, elle se sentit prise de céphalalgie et de douleurs entre les épaules avec alternative de frisson et de chaleur. Dès qu'elle quittait le lit, le tremblement la saisissait; elle ne parvenait à le maîtriser qu'en se couchant de nouveau. Cet état, auquel se joignait de l'insomnie et de l'inappétence, durait déjà depuis trois jours, lorsque la malade, s'étant avisée de prendre un bain de pieds vers le soir, éprouva cette nuit même dans l'articulation tibio-astragalienne droite et aux environs une douleur pongitive, brûlante, qui lui faisait porter ce pied vers les endroits les plus frais du lit. Ces diverses parties furent trouvées rouges et tuméfiées le lendemain, en même temps qu'une nouvelle douleur venait de se déclarer dans le genou droit. Le jour suivant, la cuisse, du même côté, était elle-même souffrante dans sa partie externe.

Une série analogue de phénomènes morbides se développa trois jours plus tard dans le membre abdominal gauche, sans que pour cela les points primitivement affectés dans l'autre en fussent soulagés. La céphalalgie et la douleur des épaules cédèrent au contraire dès les premières souffrances de l'extrémité pelvienne droite.

Une solution heureuse et prochaine tardant trop à se réaliser à l'aide des simples cataplasmes émollients placés sur les genoux, cette femme me fit enfin appeler le quinzième jour de sa maladie, c'est-à-dire le 6 février. Voici ce que j'observai :

Douleur assez vive dans la cuisse gauche; douleur légère vers les malléoles de chaque jambe. Mais les genoux fixèrent surtout mon attention : tous les deux étaient très-tuméfiés et fort douloureux; la peau y avait toutefois conservé sa teinte normale. Immobile sur son lit, qu'elle n'avait pu quitter depuis trois jours, la malade n'osait et ne pouvait remuer, tant ses membres inférieurs étaient lourds, tant le plus léger mouvement en exaspérait la sensibilité! L'existence d'une double hydarthrose était, au reste, facile à constater et par le palper, et par la fluctuation. Un symptôme indubitable, c'était le choc vif et sec qu'on obtenait avec la rotule chaque fois qu'on refoulait cet os du bout des doigts contre les condyles du fémur. Ce phénomène étant appréciable au même degré dans l'intérieur des deux genoux, l'hydropisie articulaire devait être égale des deux côtés. L'examen des autres fonctions m'offrit ce que je vais maintenant décrire.

Anorexie; langue pointue, rouge sur ses bords et recouverte au milieu d'un enduit blanchâtre épais; soif nulle; selles naturelles; chaleur de la peau assez élevée; pouls dépressible, donnant cent pulsations à la minute; point de sueur; urines sédimenteuses; insomnie : tel est le tableau de l'affection que j'étais appelé à combattre. Il est évident que c'est contre les hydarthroses que tous mes moyens devaient se diriger, car c'est sur les genoux que le mal avait porté son action. Mais à quelle médication recourir?

Les remèdes à l'aide desquels on attaque de coutume l'hydarthrose étaient loin de me satisfaire; je les avais employés dans un cas dont je dirai un mot tout à l'heure. La guérison avait cependant été le résultat de leur application; mais que cette guérison s'était fait attendre! Aussi me décidai-je en faveur de la méthode de M. Gimelle. Rien dans l'état des organes de la digestion ne s'opposait, on peut le voir, à ce que j'y recourusse.

Le 7 février, je prescrivis donc, dans la matinée, une potion ainsi composée : tartre stibié, 30 centigr.; eau commune, 150 grammes; sirop simple, 30 grammes; à prendre par cuillerée à bouche, une toutes

les deux heures, sans interruption. La potion achevée, repos pendant six heures; au bout de ce temps, nouvelle dose de sel émétique; diète; continuation des cataplasmes émollients sur les genoux. La première cuillerée de la potion provoqua un vomissement (ce devait être l'unique), puis une selle liquide dans la soirée.

Le 8, point d'amendement, si ce n'est un peu de sommeil. Diète; potion stibiée; une selle liquide; pouls toujours à 100 pulsations; point de soif ni de sueurs; il devait en être de même jusqu'à la fin.

Le 9, la douleur des genoux a faibli, mais leur gonflement est le même; les malléoles et les cuisses sont entièrement délivrées de souffrances; même état du pouls; sommeil satisfaisant; une selle liquide; grande faiblesse; diète, malgré un vif désir d'aliments; potion stibiée.

Le 10, la douleur des genoux est encore plus faible que la veille, mais leur enflure n'est pas modifiée; la faiblesse s'est accrue; le pouls est très-mou, mais battant aussi vite qu'hier; désir extrême de manger. Jusqu'ici j'avais répugné à tort à l'idée d'accorder des aliments; je me décide donc à suivre les préceptes de M. Gimelle : j'accorde une soupe maigre et un quart de verre de vin que la malade désire boire avec son bouillon; j'ajoute 5 centigrammes de tartre stibié à la potion, qui les trois jours précédents n'en contenait que 30; point de nausées; trois garderobes liquides dans la soirée.

Le 11, grande amélioration; les hydarthroses ont diminué; une selle; le sel émétique est porté à la dose de 45 centigrammes dans les vingt-quatre heures; deux soupes, et demi-verre de vin.

Le 12, les forces se sont relevées; le pouls est descendu à 80 pulsations; le gonflement des genoux est encore diminué, les douleurs y sont presque nulles. La malade se lève elle-même, va s'asseoir au foyer, y reste le temps de préparer son lit, et revient se coucher sans aide. Même quantité d'aliments et de vin; une selle; 60 centigrammes de tartre stibié dans la potion, qui ne devait être commencée que le lendemain.

Le 13, les genoux sont comme flétris; presque plus de fluctuation; la rotule ne peut être déprimée; la malade agite ses jambes et les fléchit librement; bien-être général; pouls à 72 pulsations. J'augmente les aliments; une selle.

Le 14, la potion renfermait encore 60 centigrammes de sel émétique; tout va de mieux en mieux; le sommeil est excellent; une selle.

Le 15, la malade reste huit heures assise au foyer; les genoux sont absolument guéris; la potion a été achevée le matin : j'y renonce désormais; qu'il suffise enfin de savoir qu'à dater de ce moment cette femme termina rapidement sa convalescence; dès le 17 elle put rester levée tous les jours. Le 23 février, elle se considérait comme en état de santé par-

faite; je la trouvai, en effet, occupée à filer. Ses règles reparurent le lendemain; sept ou huit jours après, elle reprenait ses travaux des champs; à l'heure où je trace ces lignes (10 avril 1842), son état continue à être des plus satisfaisants.

Voilà donc une double hydarthrose, maladie à guérison ordinairement lente, qui disparaît sans laisser de traces au bout de huit jours de traitement. Ce magnifique résultat est dû, non à une médication complexe, mais à l'unique influence de 58 grains (2g.90) de tartre stibié dissous dans sept potions. Une dose aussi élevée de ce sel, loin de bouleverser le tube digestif, n'amène qu'un seul vomissement, ne provoque chaque soir qu'une selle, le quatrième jour excepté, où il y en eut trois. Le sel d'antimoine, qui ordinairement trouble les fonctions digestives, excite le désir des aliments; ces aliments sont élaborés, assimilés; les forces renaissent. La tolérance pour le tartre stibié se prolonge à ce point qu'elle survit à la maladie, malgré ce qu'en ont dit des auteurs qui veulent que la dose des préparations antimoniales soit diminuée à mesure que l'on se relâche de la sévérité de la diète imposée au malade. C'est précisément ici l'inverse : la dose d'émétique augmente en raison directe de la quantité d'aliments, et la tolérance persiste. Le vin, les fruits acides, dit-on encore, augmentent singulièrement la propriété vomitive et purgative des antimoniaux : nous donnons du vin, et la tolérance n'en est pas ébranlée!

Abordons maintenant un autre ordre de considérations. Deux assertions ayant force de loi sont accréditées dans la science; les voici : 1° la sueur est un phénomène presque habituel dans le rhumatisme; 2° la sueur est le résultat à peu près constant du tartre stibié introduit dans notre économie. Eh bien! dans cette observation, le symptôme de la maladie et l'effet du remède ont tous les deux fait défaut. Nous l'avons déjà dit, jamais de sueurs n'ont existé. Le pouls, par suite de l'action sédative du tartre stibié sur le cœur, descend bientôt de 100 à 72 pulsations; la non-existence de la diaphorèse ne trouverait-elle pas sa raison théorique dans cette dernière particularité? Les sudorifiques purs ne sont-ils pas en effet des excitants généraux de la circulation? Parmi les médicaments dont l'effet primitif est de ralentir le pouls ne rencontre-t-on pas, au contraire, les substances diurétiques les plus vantées? Tels sont surtout la digitale pourprée, l'asperge, etc. Notons encore que la solution de cette maladie s'est opérée sans crises; ni les selles, ni les urines, ni la sécrétion salivaire, ni la sécrétion cutanée, n'ont été sensiblement modifiées. Existerait-il un rapport prochain ou éloigné entre cette remarque et cette autre : c'est que la soif a été si modérée, qu'un litre entier de tisane n'a pas été consommé durant ces huit jours?

Il est un point important pour la pratique, sur lequel je vais m'arrê-

ter. La malade faisait deux repas chaque jour, mais elle ne les commençait que deux heures après la dernière cuillerée de potion; un intervalle de trois heures s'écoulait ensuite entre la fin des repas et l'instant où la potion était reprise. J'avais pour but, en agissant de la sorte, de laisser à la digestion gastrique le temps de s'accomplir. C'était donc principalement la nuit, et de onze à trois heures dans la journée, que la préparation antimoniale se consommait. Ces détails, je ne les ai trouvés consignés nulle part; il est cependant essentiel d'en tenir compte, car l'oubli des petites choses peut compromettre la médication la plus infaillible.

L'éclatant succès que m'a procuré la méthode de M. Gimelle me fait regretter de ne pas en avoir invoqué les secours dans une circonstance analogue dont voici l'analyse succincte.

C'était encore à une double hydropisie des genoux que j'avais affaire, survenue l'automne dernier, après un refroidissement, chez le nommé Barat, âgé de quarante-quatre ans, métayer à Despagne (Saint-Sulpice). La maladie datait de neuf à dix jours. Le 2 octobre, saignée du bras; le lendemain, 10 sangsues sur chaque genou; onctions mercurielles. Les jours suivants, le gonflement et la douleur étant toujours les mêmes, j'applique un large vésicatoire camphré sur chaque genou. Dès lors l'hydropisie commence, il est vrai, à diminuer; deux semaines après, il n'en restait même plus de traces, mais au prix de quelles souffrances! La précaution de camphrer les vésicatoires ne met pas la vessie à l'abri de l'action des cantharides; une atroce dysurie en est la conséquence durant vingt-quatre heures. Les plaies des genoux arrachent des cris à la moindre tentative de flexion; les pansements sont redoutés à l'égal d'un supplice. Les hydarthroses étaient enfin depuis longtemps disparues, qu'il fallait que cet homme s'appuyât sur un bâton en marchant, tant les plaies mirent de temps à cicatriser, tant la raideur fut lente à se dissiper.

Voilà, certes, deux méthodes bien différentes pour arriver à un même but, je veux dire à la guérison. D'un côté, le résultat est prochain; de l'autre, il est éloigné; ici, on arrive vite et sans secousse; là, la voie est obscure et détournée. L'expérience a parlé; que la logique décide!

Les auteurs s'expriment vaguement au sujet de la fréquence de l'hydropisie double des genoux. Il est toutefois remarquable que j'en aie rencontré deux cas dans un intervalle aussi rapproché. Des vingt-huit épanchements de synovie dans les articulations rapportés par M. Gimelle, vingt-deux avaient leur siége dans les articulations fémoro-tibiales. Trois étaient doubles; deux étaient survenus dans l'articulation scapulo-humérale; un avait son siége au coude, et un dans l'articulation tibio-tarsienne. (***Bull. Thér.***, ***loco cit.***)

Le tartre stibié, si héroïque contre les hydropisies articulaires récen-

tes, jouit-il de la même vertu dans ces mêmes épanchements passés depuis longtemps à l'état chronique? Assurément on doit s'attendre alors à quelques mécomptes, témoin le fait rapporté à la page 26 du *Bull. Thér.*, tome XIX. C'était une fille qui, depuis trois ans, portait un épanchement synovial dans le genou droit. Elle prit l'émétique, la tolérance s'établit bien; la dose fut portée successivement à 60 centigrammes; on s'arrêta, parce que le résultat demeurait négatif, quoiqu'il existât une grande quantité de liquide dans l'articulation malade. Malgré cet insuccès, il est bon d'appeler l'attention des praticiens sur la valeur du tartre stibié dans ces sortes de cas. Nul ne serait certes mieux à même de résoudre cette question que l'honorable chirurgien auquel nous devons ce procédé.

Je termine par cette réflexion. Le tartre stibié à haute dose a une valeur très-contestée dans le rhumatisme articulaire; plusieurs auteurs recommandables lui font le reproche de ne pouvoir être toléré. S'il produit alors des effets avantageux, c'est, disent-ils, à titre de révulsif intestinal, en déterminant des superpurgations. Et cependant ce même tartre stibié est tout-puissant à haute dose dans les épanchements synoviaux articulaires suite d'inflammation, c'est-à-dire dans des affections qu'il est facile de confondre avec le rhumatisme articulaire aigu. Preuve nouvelle de l'importance qu'il y a à savoir dégager, au milieu de tant d'inconnues, la fugitive mais véritable indication.

Dr G.-V. LAFARGUE,
de Saint-Émilion.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ LES ENFANTS, PAR LA LIGATURE,

par M. A. BOUCHACOURT, de Lyon.

La hernie ombilicale chez les enfants ne constitue pas, dans le plus grand nombre des cas, une infirmité grave ou difficile à guérir. Le retrait de l'anneau fibreux qui laissait passer le cordon ne tarde pas à s'opérer complétement, et bientôt, que le petit malade ait porté un bandage, ou qu'il ait été abandonné à lui-même, la tumeur ne se reproduit plus, et la hernie se trouve radicalement guérie. Dans quelques cas, cette

marche heureuse ne s'établit pas d'elle-même ; les mouvements de l'enfant sont si violents, si multipliés, que toute espèce d'appareil est promptement déplacé; ou bien les matières fécales, l'urine le salissent continuellement, le rendent plus difficile à supporter, en maintenant la peau dans un état permanent d'irritation et d'ulcération. C'est alors, je crois, qu'il est permis de recourir à l'emploi de la ligature, moyen déjà ancien, puisque Celse parle d'un procédé qui s'en rapproche beaucoup, et qui consistait à placer les téguments entre deux plaques de bois, et à les comprimer comme avec des morailles, jusqu'à ce qu'ils fussent gangrénés. (C. Celsi, *De re medicâ*, lib. VII, sect. XIV.)

La ligature appliquée à la cure radicale de l'exomphale a été depuis lors pratiquée ou au moins rappelée par tous les auteurs; remise en honneur par Desault, elle a plusieurs fois réussi entre les mains de M. Martin, jeune, de Lyon, l'un de nos prédécesseurs à l'hôpital de la Charité. Dans un mémoire plein de vues pratiques, adressé à la Société de médecine de Paris le 23 avril 1811, l'auteur rappelle les résultats qu'il a obtenus, et les appuie sur trois faits bien circonstanciés qui terminent son intéressant travail. Ses conclusions, favorables à l'opération, furent vivement attaquées et dans le sein de la Société de médecine de Lyon, et dans la Société de médecine de Paris. On cita des guérisons de hernie ombilicale par de simples bandages, d'autres survenues spontanément; on parla de la récidive après l'opération, et l'on insista sur les dangers que celle-ci pouvait entraîner après elle. Mais l'on fut trop exclusif dans un autre sens; car de ces deux opinions opposées, il pouvait résulter peut-être un parti mixte, celui de recourir à l'opération dans quelques cas exceptionnels; c'était, il est vrai, toute une catégorie de faits non pas à créer, mais à rechercher. Le rédacteur essaya de concilier les deux points de vue extrêmes, et dans une note au mémoire de M. Gérard, ancien membre du collége des chirurgiens de Lyon, il s'exprime ainsi : « Cependant, si la guérison n'arrive pas d'elle-même, et si, les moyens compressifs ou astringents ayant été jugés inutiles ou impraticables, on se décidait à l'opération, le mode d'opérer choisi par M. Martin serait préférable à celui de M. Desault, etc. » (*Journal de médecine*, tome XLI, page 280.)

M. le professeur Velpeau ne manque pas de revenir sur cette question, qu'il considère comme prématurément résolue; seulement, il paraît effrayé des dangers de la ligature de la hernie ombilicale; il redoute la péritonite, il craint de pincer quelques portions de viscère, et finit par ces mots : « Cette opération ne mérite guère d'être rappelée de l'oubli « où elle est tombée. » (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. IV, p. 38; 2e édit., Paris, 1839.)

Les choses en étaient là dans mon esprit, lorsqu'au commencement de janvier dernier, un enfant de huit mois me fut amené, porteur d'une hernie ombilicale : je proposai un bandage, on s'y refusa, car déjà le petit malade en avait porté plusieurs sans le moindre avantage. Je parlai de la possibilité d'une opération, la pensée en fut accueillie avec faveur; je l'ai pratiquée, et jusqu'à présent le succès obtenu ne s'est pas démenti. Je vais donner ce fait tel que je l'ai observé, et sans y attacher plus d'importance que n'en mérite un fait isolé; j'espère qu'il en acquerra par les réflexions ou les observations qu'il pourra provoquer de la part de nos confrères.

Hernie ombilicale chez un enfant de huit mois ; inutilité des moyens contensifs; ligature, guérison.

Louis Bonnard, âgé de huit mois, né à Lyon, de parents sains et bien portants, mis en nourrice à Villeurbonne, a toujours joui d'une bonne santé. On s'aperçut, quelques jours après sa naissance, qu'une tumeur paraissait dans la région ombilicale lorsqu'il criait, toussait, ou faisait quelques efforts. L'existence de cette tumeur, qui a toujours été allongée, portait à penser que le cordon avait été mal lié, ou lié trop loin de l'ombilic. De bonne heure on essaya de la réduire, et de la maintenir réduite à l'aide d'un bandage; d'abord c'était une simple pelotte, puis un appareil plus compliqué muni d'une petite saillie recouverte de peau et qui pénétrait dans l'anneau. Ces divers moyens, continués pendant plusieurs mois et très-difficilement supportés, n'out pas amené la plus légère amélioration; bien loin de là. La hernie se reproduisait facilement devant moi, et figurait un doigt de gant de près de six centimètres de longueur, et de trois centimètres de diamètre à sa base, qui était plus rétrécie que la portion libre. Cette tumeur s'érige dans les mouvements de l'enfant, devient dure, tendue; elle rentre quand on le fait coucher sur le dos, en rapprochant ses cuisses du bassin et du ventre, et l'aidant d'une légère pression des doigts. Il est facile de reconnaître alors le pourtour lisse et régulier de l'anneau, non oblitéré; le doigt s'y engage facilement, on ne sent pas d'artère battre dans le voisinage. La peau qui recouvre la hernie reste flasque et ne revient pas sur elle-même lors de cette réduction; elle se montre sous forme d'un appendice mou, dans lequel est renfermé probablement aussi le sac péritonéal. Nous fixâmes le jour de l'opération au 12 janvier; assisté de M. Lacour, interne des hôpitaux, j'y procédai de la manière suivante : l'enfant est tenu à la renverse sur les genoux de sa nourrice, qui lui maintient les bras et relève en même temps les membres inférieurs sur le ventre, il est facile alors de réduire complétement la hernie. Je m'assure en même temps et à plusieurs re-

prises, en frottant les parois du sac l'une contre l'autre, entre le pouce et l'indicateur de chaque main, qu'aucune portion d'intestin ni d'un autre viscère ne se présente à travers l'anneau. Continuant à presser les enveloppes extérieures de la tumeur, je fais glisser mes doigts jusqu'à la naissance de l'anneau, et même au delà, laissant entre mes deux pouces un petit intervalle dans lequel mon aide fait passer une forte aiguille droite entraînant après elle un fil ciré double; il ne fallut pas un grand effort pour lui faire parcourir ce trajet singulièrement diminué par la pression. Séparant alors les fils, nous serrâmes chacun d'eux isolément sur la moitié du pédicule correspondant, et nous entourâmes le tout d'un troisième fil ciré, que l'on serra avec force. L'enfant ne parut pas souffrir beaucoup pendant toutes ces manœuvres; la constriction avec les fils parut plus douloureuse que la piqûre de l'aiguille. Nous le laissâmes repartir sans autre appareil qu'un linge appliqué sur la tumeur. La première nuit fut un peu orageuse, l'enfant dormit peu, cria beaucoup; mais les jours suivants, à part un peu de chaleur vers le soir, et moins d'appétit (il demanda plus rarement le sein), aucun changement ne fut observé dans le reste de ses fonctions. Les selles étaient régulières, il n'y eut point de vomissement, le sommeil fut bon.

Le 20, la tumeur est gonflée, noire, dure, et commence à répandre une odeur très-fétide; déjà il s'établit à sa base un cercle inflammatoire et un léger suintement séro-purulent. Le tissu cellulaire sous-cutané et sous-péritonéal, dans la direction de l'anneau, semble pénétré de fluide; il est empâté, dur; il existe profondément un véritable engorgement.

21, 23, 28 : la tumeur ne se détache pas en entier, mais il en tombe une couche noirâtre très-fétide, qui laisse à nu une autre surface recouverte de granulations rougeâtres; celles de la circonférence semblent avoir déjà contracté des adhérences avec les chairs qui s'élèvent du sillon environnant la base de la tumeur, dans le point où la ligature avait déterminé une inflammation ulcérative; cette circonstance motiva l'application d'une nouvelle ligature par-dessus les premières, qu'on put amener facilement. Du 28 janvier au 10 février, le tout se détache; il reste un petit ulcère large comme une pièce de 50 centimes, rendant un pus louable et reposant sur une base toujours indurée. L'enfant m'a été ramené plusieurs fois depuis ce temps, et, en dernier lieu, le 24 mars, deux mois et douze jours après l'opération. Il n'y avait plus, ce jour-là, qu'une surface de l'étendue d'une lentille, donnant un suintement léger et collant à peine les linges. L'anneau paraît oblitéré, et, bien que l'engorgement sous-jacent soit beaucoup moins marqué, la hernie ne se reproduit plus. Depuis le jour où la ligature a été appliquée jusqu'à

présent, la tumeur ne s'est pas montrée une seule fois, quels que fussent les efforts et les cris de l'enfant.

Le pansement a été fort simple ; il consistait, les premiers jours, en une compresse fine enduite de cérat, et un bandage roulé, fendu en boutonnière au niveau de la tumeur, de manière à pouvoir la laisser passer sans la comprimer, tout en appuyant sur sa base et la circonférence de l'anneau. Je fais porter encore aujourd'hui une petite ceinture de toile, pressant sur l'ombilic et retenant une compresse en plusieurs doubles, imbibée de vin aromatique. L'enfant est gai, bien portant. Dernièrement il a toussé assez fréquemment pendant quelques jours; un instant même sa nourrice crut qu'il avait la coqueluche, et la hernie n'a pas reparu. Le procédé auquel j'ai donné la préférence est celui de Thévenin[1], employé avec succès par M. Martin, qui le décrit tel qu'il le modifia légèrement par l'addition de la ligature totale. « La seconde *manière*, dit Thévenin, se fait en cette sorte : ayant fait exercer et tousser le malade pour grossir la tumeur, on fait un circuit, on marque sa base avec de l'encre ou un crayon, afin qu'il ne reste rien de la tumeur, et le malade étant situé à la renverse, on réduit l'intestin, puis on élève la cavité du nombril au travers de la base duquel on passe une aiguille enfilée d'une petite ficelle double, que l'on coupe proche la tête de l'aiguille, et on serre les chefs étroitement d'un et d'autre côté, afin que ce qui est embrassé par la ligature soit coupé; de cette façon on lie le staphylôme. » (*OEuvres de maître François Thévenin*, chirurgien ordinaire du roy et juré, à Paris; in 4°, Lyon, M.DC.XCI.)

La première *manière* de Thévenin de lier l'exomphale est le procédé suivi par Desault; il ne diffère pas des ligatures simples en masse, des polypes et des tumeurs en général. La troisième *manière* ne diffère de la seconde qu'en ce qu'on traverse la base de la tumeur avec deux aiguilles au lieu de n'en employer qu'une seule : « Elle se pratique, dit Thévenin, aux grands exomphales. » (*Loco citato*, p. 23.) Il y ajoutait une incision à la base de la tumeur.

Son quatrième procédé, que rappelle l'ingénieuse opération de M. Bonnet, de Lyon, pour la cure de la hernie inguinale, est ainsi décrit par Thévenin : « La quatrième et dernière *manière* est la plus sûre : ayant passé deux aiguilles en croix au milieu de la base de la tumeur et fait une incision, comme il a été dit, on fait le lays, appelé *loup*, au-

[1] Celse a décrit le premier le procédé dit de Thévenin : « A quibusdam « ad imum aeu trajectâ duo lina dueente, deindè utrisque lini duobus ca- « pitibus diversæ partes adstrictæ : quod in uvâ quoque oculi fit; uam, sic, « id quod suprà vinculum est moritur. » C. CELSI, *De re medicâ*, lib. VII, sect. XIV.

dessous des aiguilles, que l'on laisse dans la plaie jusqu'à ce que la ligature ait coupé ce qu'elle a embrassé, garnissant leurs extrémités de petites compresses, crainte qu'elles ne blessent. Il faut observer de faire retenir l'haleine au malade devant que de faire la ligature, crainte que l'intestin ne s'y trouve enfermé (d'autres ouvrent le fond de la tumeur afin de s'en assurer); que si l'intestin s'y trouve, on le repousse au dedans; après on fait la ligature, et par-dessus on applique des astringents et émollients avec un bandage convenable. »

Je me borne à ces citations, qui montreront déjà combien nous avons peu à trouver sous le rapport du procédé mécanique; il s'agit seulement, dans ce cas, comme dans une foule d'autres, de faire quelques modifications secondaires appropriées aux circonstances spéciales; mais il faut surtout bien déterminer ces dernières.

Je fixerai l'attention sur quelques points seulement des suites de l'opération.

Le peu d'accidents généraux développés par la ligature n'est pas une chose qui doive surprendre; une foule d'autres faits analogues, ceux de Saviard, de Desault, les observations de M. Martin, attestent que c'est la règle générale.

On ne saurait trop remarquer le gonflement inflammatoire sous-cutané qui se développe autour et au-dessous de la ligature; c'est un point capital dans l'opération, car c'est lui qui en assure le succès. Ne voit-on pas là l'épanchement de lymphe plastique qui fait adhérer les parois opposées du sac, qui raréfie les couches sous-jacentes, qui oblitère, en un mot, l'anneau fibreux? Mais c'est une obturation temporaire analogue au moyen d'union provisoire des os; bientôt, à mesure que la résorption s'en opère, les ouvertures fibreuses se rétrécissent, et lorsque les fausses membranes, parcourant leurs diverses phases d'organisation, sont devenues fibro-celluleuses, l'ouverture qui livrait passage aux intestins n'existe plus qu'à l'état rudimentaire. Des moyens compressifs extérieurs secondent l'action de cet appareil contentif tout organique; la rétractilité des tissus fait le reste.

N'est-ce pas une chose digne d'attention que cette chute en deux temps de la tumeur étranglée, qui se dépouille d'abord de son enveloppe cutanée mortifiée la première, et qui se revivifie, en quelque sorte, par l'organisation de la lymphe plastique épanchée sur la séreuse et par l'adhérence de bourgeons celluloso-vasculaires qui y végètent si promptement? D'où la nécessité imprévue d'une nouvelle ligature, d'une nouvelle douleur, mais sans comparaison plus faible que celle déterminée par la constriction de la peau.

Je m'arrête à ces réflexions, ne voulant point, à propos d'un seul fait,

établir des conclusions générales et des règles pratiques; d'autres faits me permettront sans doute de toucher plus longuement à ce point intéressant de l'histoire des hernies lorsque, la date de l'opération étant plus ancienne, nous pourrons plus sûrement en considérer le succès comme définitif.

A. Bouchacourt.

NOTE SUR DE NOUVEAUX MOYENS DE PRÉVENIR ET D'ARRÊTER LA FAUSSE COUCHE, ET L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

Parmi les circonstances qui peuvent déterminer l'avortement ou l'accouchement prématuré, toutes celles qui dépendent des maladies de l'œuf ou du produit lui-même sont au-dessus des ressources de l'art; mais l'exercice prématuré de la contractilité organique de l'utérus, cette cause si fréquente d'avortement, alors que la santé et la vie du fœtus n'ont reçu aucune atteinte, l'art peut heureusement la combattre avec efficacité; quel avantage pour le produit et pour la mère!

En effet, l'expulsion du produit avant le terme de la viabilité, non-seulement compromet toujours son existence, mais elle porte souvent de fâcheuses atteintes à la santé de la mère. L'accouchement prématuré, ou la naissance du fœtus depuis le terme de la viabilité, sept mois, jusqu'à terme, n'a pas sur la santé de la mère la même influence qu'avant ce terme; mais elle en exerce souvent une très-fâcheuse sur la santé de l'enfant : ou il succombe parce que ses organes n'ont pas encore acquis le degré de perfection qui le rend apte à vivre de la vie extérieure; ou s'il survit, son enfance est pénible, maladive; quelquefois même pendant sa jeunesse et sa vie entière il traîne une existence chétive et malheureuse.

On ne saurait donc trop s'attacher à combattre des accidents qui peuvent avoir de si funestes conséquences; et cependant ces accidents sont traités en général avec légèreté par les malades, et souvent par les médecins eux-mêmes. Que de fois n'ai-je pas vu livrer à la nature des fausses couches et des accouchements prématurés, qui ne se seraient pas effectués s'ils avaient été combattus avec énergie! Mais on doute généralement de la puissance de l'art dans ces circonstances, quoique cette puissance soit si manifeste, si incontestable. Depuis longtemps les Anglais mettent en usage une pratique qui donne les résultats les plus satisfaisants; cette méthode, importée par M. P. Dubois parmi nous, malgré quelques publications de ce professeur, malgré le témoignage éclatant des succès qu'il obtient chaque jour dans les hôpitaux d'accouchements, est encore malheureusement peu connue et mal appréciée.

Aussi je regarde comme un devoir d'appeler sur elle l'attention des praticiens, qui l'ignorent complétement, ou qui, la connaissant, doutent de ses bons effets ou en redoutent l'usage.

Les moyens à l'aide desquels on obtient ces résultats ne sont pas nouveaux, ils sont employés chaque jour dans la pratique ; mais c'est seulement dans la manière de les formuler que gît toute la méthode.

Je vais passer rapidement sur les moyens préventifs, pour arriver à cette phase du traitement où l'efficacité de la méthode est si facile à constater.

Puis je citerai quelques observations à l'appui de ce traitement.

Prévenir l'avortement. — Si l'avortement est déterminé par la faiblesse ou un vice général de la constitution du sujet, c'est dans l'intervalle d'une grossesse à l'autre qu'il faut s'attacher à combattre ces causes.

Ainsi, les femmes faibles, cachectiques, dont la constitution a été détériorée par des maladies longues, celles surtout chez lesquelles le segment inférieur de l'utérus participe à cet état d'atonie, à cette laxité des tissus, devraient être soumises à un régime tonique, fortifiant, aux préparations ferrugineuses, aux bains froids, à l'usage des eaux minérales et des bains de mer.

Ces moyens devront être continués pendant la grossesse, en évitant cependant ceux qui ne peuvent être mis en usage sans fatigue. Il sera même quelquefois nécessaire d'imposer le repos dans les premiers mois : les circonstances qui ont accompagné les précédentes fausses-couches, s'il y en a eu déjà, guideront l'accoucheur à cet égard.

Ainsi, dans les accidents précédents, si l'expulsion du produit s'est effectuée spontanément, sans cause appréciable autre que la laxité des fibres du col, le repos sur la chaise longue est alors indiqué.

Une autre circonstance détermine souvent aussi la fausse-couche chez les femmes affaiblies, qui sont mal réglées et affectées de leucorrhées chroniques : c'est une exhalation sanguine, quelquefois même une hémorrhagie abondante qui tue le produit. Dans ce cas, les mêmes moyens seront mis en usage; et de plus, il faudra s'attacher à combattre toutes les causes de congestion locale, prévenir la constipation par des lavements frais et souvent répétés, et quelques jours avant l'époque habituelle des règles, si le sujet n'est pas trop affaibli, faire une petite saignée révulsive du bras d'une once ou deux au plus ; dans le cas contraire, promener quelques cataplasmes sinapisés dans le dos, sur les bras, et éviter tout ce qui pourrait accroître l'activité de la circulation dans les membres inférieurs.

Dans les cas d'abaissement de l'utérus, l'organe devra être contenu; mais il faut se rappeler cependant que la présence d'un pessaire peut

déterminer l'avortement : aussi devra-t-on en surveiller l'emploi; mieux vaudrait encore se contenter du repos absolu dans les premiers mois, jusqu'à ce que l'organe se soit élevé au-dessus du détroit supérieur. Bien entendu que la femme devra éviter toute fatigue, tout effort violent.

Quant aux vices généraux de la constitution, on les combat par les moyens qui leur sont propres, et autant que possible entre deux grossesses, ou à une époque très-avancée, surtout quand il s'agit d'une affection syphilitique; car le traitement mercuriel a été regardé par quelques auteurs comme pouvant déterminer la mort du produit. Les causes qui dépendent des maladies de l'œuf ou du fœtus sont hors de la puissance de l'art. Enfin cette espèce de molimen hémorrhagique qui se manifeste chez les femmes abondamment réglées, et qui est une cause si fréquente de fausses-couches, devra être combattue pendant l'état de vacuité par un régime peu succulent; et pendant la grossesse, surtout aux époques des règles, et dès qu'on remarque des symptômes de pléthore générale ou locale, on devra pratiquer chaque mois une petite saignée du bras quelques jours avant l'époque des règles, et cela jusqu'à ce que le terme des précédentes fausses-couches soit passé. J'insiste à ne prescrire que de petites saignées pendant la grossesse, non qu'il soit quelquefois nécessaire de les faire plus copieuses quand la pléthore est considérable, mais j'ai souvent vu des émissions sanguines abondantes déterminer un résultat inverse à celui qu'on se propose, et je sais que la plupart des gens de l'art, médecins ou sages-femmes, ne sont pas assez en garde contre les conséquences de ces saignées abondantes.

Désormeaux, dans les cas de tumeurs hémorrhoïdales considérables dans les flegmasies des organes voisins, la vessie, le rectum, conseillait les saignées locales. On comprend même, suivant l'opinion de M. Gendrin, qu'une application de sangsues aux aines puisse être suivie d'un bon résultat dans la pléthore locale ; j'avoue néanmoins que, dans ce cas, je donne la préférence à la saignée générale. Au reste la saignée, employée avec réserve, est un moyen puissant à l'aide duquel j'ai pu faire aller à terme bon nombre de femmes qui, jusqu'à ce qu'elles se soient confiées à mes soins, avaient avorté plusieurs fois.

Comme moyens généraux, comme précautions utiles qui doivent être employées quelle que soit la cause des avortements précédents, quelles que soient les circonstances qui puissent faire craindre une fausse-couche, on devra conseiller à la femme d'éviter, au début de sa grossesse surtout, la constipation (et pour cela elle devra faire un usage fréquent de lavements tièdes; s'ils étaient insuffisants, jamais il ne faudrait avoir

recours à un purgatif énergique : un léger laxatif doit seul être administré; l'huile de ricin, à la dose de quinze grammes dans du bouillon aux herbes bien chaud, me semble devoir être préférée); elle devra éviter aussi les excitations physiques et morales, les efforts, les courses à cheval, la voiture, les bains trop prolongés et trop souvent répétés. Si une affection étrangère à la grossesse réclamait une opération quelconque, il est indispensable, surtout si l'on a quelques motifs de craindre un avortement, de remettre cette opération après l'accouchement, si cela se peut : ainsi l'extirpation d'une dent, le broiement d'une pierre dans la vessie, la cautérisation du col utérin, etc., etc.

Arrêter l'avortement. — La méthode de traitement que M. le professeur P. Dubois met en usage, que j'ai vue si souvent couronnée de succès dans ses mains à la clinique, dans des cas où l'avortement semblait inévitable, consiste dans l'usage de deux moyens que j'ai déjà conseillés dans le traitement préventif : *la saignée* et *le laudanum*.

L'occasion qui nous a été offerte, à M. Honoré, mon beau-père, et à moi, d'employer cette méthode de traitement, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à la clinique d'accouchements de Paris et en ville, nous a mis à même d'obtenir des résultats des plus satisfaisants.

Mais avant de préciser les indications, il est bon, pour l'intelligence du mode d'action de ces agents, d'exposer sommairement quelques considérations sur les propriétés contractiles dont l'utérus est doué à toutes les époques de la vie, et qu'il possède à un plus haut degré au terme de la gestation.

Comme tous les viscères creux de la vie organique, l'utérus est doué de deux espèces de contractilité : la première est la *contractilité organique propre ;* la seconde est la *contractilité de tissu ou rétractilité.* L'action de ces deux espèces de contractilité, bien plus sensible dans l'utérus que dans tous les autres organes soumis à la même influence, va nous permettre d'en établir clairement les caractères distinctifs.

A. *Contractilité organique propre de l'utérus.* L'exercice de la contractilité organique de l'utérus consiste dans un resserrement rapide de l'organe, presque toujours accompagné de douleurs, revenant par accès et s'exerçant avec violence pour expulser de la cavité utérine ce qui y est contenu : aussi cette propriété est-elle l'agent le plus puissant de la parturition.

Cette propriété réside dans toutes les parties de l'utérus; mais comme la matrice est un organe d'expulsion, la nature a rassemblé la plus grande somme de forces expultrices à la partie supérieure de cet organe, dans le point opposé à celui qui doit livrer passage au produit de la conception.

Le seigle ergoté peut activer cette propriété; *l'opium et la saignée peuvent arrêter son activité.*

B. *Contractilité organique de tissu.* Bien distincte de la première, la contractilité organique de tissu existe dans toute l'étendue des parois de l'organe, mais s'exerce bien plus spécialement dans certains points. C'est en vertu de cette propriété que l'utérus revient sur lui-même quand il a expulsé le produit; mais comme condition essentielle à son exercice, il faut que la déplétion de l'utérus s'exerce graduellement. Cette propriété, qui appartient à tous les autres organes, est bien plus prononcée dans l'utérus; à mesure que l'expulsion du fœtus a lieu, les tissus reviennent enfin peu à peu sur eux-mêmes, rétrécissent d'abord, et finissent ensuite par clore complétement les bouches des vaisseaux sanguins. Sans cette sage précaution de la nature, le système vasculaire, excessivement développé pendant la grossesse, aurait conservé les mêmes conditions, et après l'accouchement, les orifices vasculaires, restés béants à la surface interne de l'utérus, y auraient versé le sang avec abondance, et la mort aurait suivi de près l'hémorrhagie. Bien plus, le fond de l'organe, qui est, dans la majorité des cas, le siége de l'implantation du placenta, et pour cela, sillonné par un appareil vasculaire des plus actifs, est doué de cette propriété de retrait à un bien plus haut degré que les parties inférieures. C'est cette absence de rétraction du col qui rend si fréquentes les hémorrhagies dans les cas d'implantation sur l'orifice ou dans son voisinage.

Immédiatement après l'accouchement, il est facile d'apprécier cette différence : le fond vient former dans l'hypogastre un corps dur et globuleux; le col au contraire est mou, lâche, entr'ouvert.

Étrangère à la parturition pendant la vie, la contractilité de tissu s'exerçant toujours sans douleur, et aussi sans qu'on en ait la conscience, suffit quelquefois seule pour déterminer l'accouchement peu de temps après la mort de la mère. Bichat pense que la putréfaction seule peut annuler cette faculté.

Enfin, cette propriété est aussi impressionnée par le seigle ergoté; mais elle résiste aux impressions morales, et, ce qui est important, à l'influence de la *saignée et de l'opium.*

Ces propriétés sont si distinctes, qu'elles peuvent exister l'une sans l'autre. Ainsi, après une expulsion rapide qui s'est effectuée sous l'influence de contractions énergiques, il n'arrive pas toujours que l'utérus revienne sur lui-même, tandis qu'après l'extraction du produit, pour un cas d'inertie des contractions, on voit l'utérus graduellement désempli, revenir sur lui-même.

Il résulte de l'étude de ces diverses propriétés, que les agents qui

pourront suspendre l'exercice de la contractilité organique, sans nuire au libre exercice de la rétractilité de tissu, deviendront des moyens précieux dans les cas de menaces d'avortement qui ne seront pas le résultat d'une maladie de l'œuf ou de la mort du produit, mais qui dépendront d'un exercice prématuré de la contraction organique.

Ces agents seront l'opium et la saignée, seuls ou réunis.

Comme une circonstance qui doit faire varier le traitement, on pourrait exiger qu'une distinction fût établie entre les signes qui annoncent l'avortement causé par la mort du fœtus et ceux qui dénotent la fausse couche qui dépend d'une cause à laquelle il est possible de s'opposer; afin, quand l'enfant a cessé de vivre, de s'abstenir de toute médication ayant pour but d'enrayer le travail, et de favoriser même au besoin l'expulsion; afin, quand il est vivant, de veiller à sa conservation. Mais cette distinction, quelquefois facile à établir quand la grossesse est assez avancée pour permettre l'auscultation, ne peut être faite alors qu'on n'a pour se guider que des signes très-incertains. Dans le doute, l'accoucheur devra agir dans le sens de la conservation du produit.

Cette médication, applicable à tous les cas, conservera le produit, si cela est possible, et n'empêchera pas la fausse couche si elle est inévitable : seulement cette expulsion sera un peu retardée quelquefois, mais le retard que ces moyens apporteraient à la terminaison, si elle était inévitable, devrait toujours être considéré comme un bien léger désavantage à côté du succès qu'on espère, la conservation de la vie d'un enfant et celle de la santé de la mère.

En cas d'insuccès même, cette médication serait encore avantageuse, car elle modère les tranchées vives qui accompagnent et suivent si souvent les fausses couches. L'administration de l'opium dans ces cas est même une pratique généralement adoptée en Angleterre.

Néanmoins, afin de poser quelques jalons au milieu des indications que l'on devra remplir, je diviserai l'avortement en trois périodes.

Première période. — Douleurs utérines, partant de l'ombilic et se dirigeant vers l'excavation, accompagnées de durcissement du ventre et souvent de douleurs de reins, d'un sentiment de pesanteur sur le fondement et dans les lombes, d'une lassitude générale.

Col utérin ramolli, entr'ouvert, effort des membranes à chaque contraction quand la grossesse est avancée.

Traitement. Repos absolu, situation horizontale, diète légère; saignée du bras s'il y a pléthore générale ou locale; lavement évacuant; puis après qu'il a été rendu, un huitième de lavement avec quinze ou vingt gouttes de laudanum de Sydenham, que la malade gardera. Si les contractions cessent, s'en tenir là, sinon revenir au laudanum en lave-

ment, à la dose de quinze à vingt gouttes, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à cessation du travail. On a rarement besoin d'insister autant et d'augmenter la dose : la première administration suffit ordinairement si le produit est viable et vivant, si l'œuf est à l'état normal.

Deuxième période. — Les mêmes accidents que précédemment ; et de plus, glaires sanguinolentes, perte légère, amincissement de l'orifice, dilatation plus grande, engagement de la poche.

Traitement. Tout à fait le même, et de plus, limonade froide, compresses froides sur les cuisses ; mais en général le traitement est moins efficace. Cependant on peut citer des exemples nombreux de succès. On lit dans l'ouvrage de M. Velpeau que Mauriceau, Puzos, MM. Nægèle, Stoltz, ont vu des pertes abondantes n'être pas suivies de fausse couche. Une femme que j'observai à la clinique, après une perte très-abondante, au troisième mois, n'en parvint pas moins à terme. Encore ici je pourrais multiplier les citations, car le plus grand nombre des observations de succès que je possède se rapportent à cette période.

Troisième période. — L'ensemble de tous les symptômes précédents ; de plus, perte abondante, rupture de la poche. Ici le traitement échoue complétement.

Toutefois, M. Desormeaux rapporte un cas dans lequel il vit tout rentrer dans l'ordre, bien qu'il y eût eu écoulement des glaires, formation et rupture de la poche.

Cependant ce fait, observé par un homme qui fait autorité dans la science, ne pourrait-il pas recevoir une autre explication ? Ne pourrait-on pas assimiler ce cas aux pertes d'eau pendant la grossesse, dont M. Nægèle nous a donné une explication si satisfaisante dans une thèse soutenue sous sa présidence ? (*De hydrorrhea uteri gravidarum*, 1822, auct. J.-B. Geil.)

Ne pourrait-on pas penser, en effet, que dans ce cas les douleurs qui ont déterminé l'expulsion d'une ou de plusieurs collections aqueuses, amassées entre la surface externe de l'œuf et la surface interne de l'utérus, ont été plus intenses qu'elles ne le sont ordinairement, et qu'elles se sont accompagnées d'un écoulement sanguin déterminé par le décollement d'une partie des membranes et d'une tension de la poche amniotique, laquelle sera restée intacte, mais qu'on aura crue rompue par suite de la grande quantité d'eau écoulée ?

Cette explication est seule admissible, car il est physiquement impossible qu'une rupture des membranes, accompagnée de contractions surtout, n'amène pas la cessation de la grossesse.

L'administration du laudanum à une dose aussi élevée pourra inspirer des craintes à quelques praticiens; je ne l'ai jamais vue cependant être suivie d'accidents sérieux : quelquefois un peu de somnolence et de pesanteur de tête, un narcotisme passager, qu'un peu de limonade froide ou une infusion légère de café froid dissipe rapidement. Quant au produit, M. P. Dubois n'a jamais constaté que ce mode de traitement lui ait été nuisible.

Quoi qu'il en soit, il est utile d'avertir les assistants des symptômes qui peuvent suivre l'administration de l'opium, afin qu'ils n'en soient pas alarmés.

Quelques observations serviront à faire ressortir l'excellence de cette méthode; je rapporterai aussi succinctement que possible celles qui m'ont paru les plus probantes.

Obs. I. (1837. Clinique.) *Contractions utérines avant terme; arrêt du travail par l'opium.* — Une domestique d'hôtel garni, qui faisait quarante-cinq lits par jour, enceinte de huit mois, fut prise de douleurs vives du ventre et des reins, douleurs qui cessaient par intervalle pour se reproduire de nouveau avec plus d'intensité.

Elle pensa qu'elle allait accoucher, et c'est dans cet état qu'elle se présenta à la clinique. Deux petits lavements, avec quinze gouttes de laudanum dans chaque, suffirent pour arrêter complétement le travail et la faire aller à terme.

Obs. II. (1837. Clinique.) — La nommée Ego, enceinte de huit mois et quelques jours, était depuis quelque temps à la clinique, lorsqu'elle éprouva une perte légère, accompagnée de contractions manifestes.

Petite saignée, vingt gouttes de laudanum seulement, et tout rentra dans l'ordre; elle accoucha à terme.

Obs. III. — Une jeune dame, à laquelle M. Dubois donnait des soins, qui, avant d'être dans ses mains, avait fait une fausse couche au terme de trois mois, ressentit dans sa seconde grossesse, à la même époque, des douleurs vives qui lui firent craindre le même accident.

Cent vingt gouttes de laudanum dans la nuit, et la grossesse parcourut ses périodes.

Obs. IV. — Une danseuse d'un de nos grands théâtres, enceinte depuis peu de mois, fut fortement effrayée par un accident qui faillit arriver à la voiture dans laquelle elle se rendait à Fontainebleau pour danser devant la cour. Une perte légère se manifesta aussitôt, mais sans de vives douleurs; de retour à Paris, des contractions très-énergiques et excessivement douloureuses se déclarèrent.

Le médecin de cette dame était absent; les personnes qui environnaient la malade, croyant à une hernie étranglée ou tout autre accident fâcheux, firent mander au plus tôt M. Dubois. La malade avait la face pâle, grippée, inquiète; de plus elle éprouvait de très-fortes douleurs dans le bas-ventre et une légère perte. M. Dubois ne se méprit pas sur la cause de cet appareil effrayant de symptômes; il ne vit là qu'une menace de fausse couche.

M. Dubois ordonna soixante gouttes de laudanum en quatre huitièmes de

lavements, à prendre d'heure en heure. Deux heures après, tout travail avait cessé, et la grossesse put parcourir ses périodes.

Obs. V. (1837. Hôtel-Dieu.) — Joséphine Villier, couchée au nº 10 de la salle Saint-Joseph, âgée de trente-cinq ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 25 septembre 1837, au troisième mois d'une grossesse qui s'était manifestée au milieu d'un état de santé fort délabrée. Elle éprouvait des douleurs utérines assez vives qui furent immédiatement combattues par M. Honoré, à l'aide du laudanum et d'une très-petite saignée. Ce traitement suffit pour arrêter les contractions; mais la diarrhée abondante, entretenue par l'entérite chronique, ne se supprima pas.

Quant aux contractions utérines, elles reprenaient leur activité de temps en temps, et chaque fois le traitement eut la même efficacité.

Trois semaines avant son accouchement, à la suite d'une douleur vive dans le flanc droit, on vit se manifester un vaste abcès à la partie supérieure de la cuisse gauche; il fut ouvert, et la suppuration continua jusqu'à l'accouchement, qui se fit le 17 février, à sept heures du soir. Le travail dura douze heures; l'enfant était mort depuis quelque temps.

Obs. VI. (Hôtel-Dieu.) *Tubercules pulmonaires; grossesse.* — Maria-Félicité Lainé, âgée de trente ans, est entrée à l'hôpital le 4 janvier 1838, avec l'apparence d'une affection chronique déjà avancée.

Il y a dix mois, elle accoucha pour la deuxième fois heureusement. Enceinte de nouveau pour la troisième fois, elle entra en décembre, au troisième mois de terme, à la clinique. Elle éprouvait des douleurs utérines: le repos seul pendant quinze jours suffit pour les faire cesser; mais la phthisie dont elle était atteinte marchait rapidement. C'est dans cet état qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu.

L'utérus s'élevait à peu près au niveau de l'ombilic; les battements du cœur du fœtus et le souffle utérin purent être facilement perçus.

La toux, très-forte et presque continuelle, ne tarda pas à déterminer de nouveau des contractions utérines qui firent redouter l'accouchement prématuré; l'auscultation faisait reconnaître que l'enfant était bien vivant. On fit une petite saignée, et on donna matin et soir un huitième de lavement avec six gouttes de laudanum. En deux jours les douleurs avaient cessé.

Quelques jours après, nouvelle apparition des douleurs; deux lavements avec douze gouttes de laudanum dans chaque suffirent pour faire cesser les contractions utérines, malgré des efforts de toux et d'expectoration très-violents, et tous les symptômes d'une phthisie très-avancée, tels que diarrhée, etc. Mais le 18 février, de nouvelles douleurs s'étant manifestées, l'accouchement sembla inévitable, et on s'abstint, en l'absence de M. Honoré, de toute médication ayant pour but l'arrêt du travail. On crut reconnaître une première position du sommet, qui se convertit en celle de l'épaule; on fit la version, et on amena un enfant de sept mois et demi, qui fit quelques inspirations et mourut.

L'état de la mère devint de plus en plus grave depuis l'accouchement, et elle succomba le 27.

Obs. VII. — Mme B***, cliente de mon père, quai aux Fleurs, nº 21, âgée de trente et un ans, accoucha trois fois avant terme.

Le premier enfant vint au terme de sept mois; il avait les ongles à peine formés, pesait trois livres et demie, y compris une couche: il a aujourd'hui neuf ans.

En 1830, nouvel accouchement, à sept mois, d'une fille un peu plus forte, et toujours sans cause appréciable. L'enfant ne vit plus.

Le 23 mars 1833, après une chute, elle mit encore au monde une petite fille au même terme, et qui existe aujourd'hui.

Enfin le 18 décembre 1835, elle vit ses règles pour la dernière fois. Cette quatrième grossesse suivit la marche des autres. Le 17 juillet 1836, à sept mois et quelques jours, le travail se déclara : le col était effacé, mou, entr'ouvert; les membranes bombaient à chaque contraction. L'enfant se présentait par le sommet, et des glaires sanguinolentes s'écoulaient; les douleurs étaient vives, et la malade était persuadée qu'elle accoucherait, quoi qu'on fît.

Petite saignée; vingt gouttes de laudanum dans un huitième de lavement; cessation complète de travail. Le 29 juillet, réapparition des symptômes; trente gouttes de laudanum; puis, peu de temps après, les douleurs ne se calmant pas, quarante gouttes.

Les douleurs deviennent sourdes, d'énergiques qu'elles étaient; enfin elles cessent tout à fait : mais la malade eut un narcotisme passager, qu'un peu de café à l'eau suffit pour faire disparaître.

Elle alla jusqu'à terme, et accoucha, le 16 septembre 1836, d'un enfant fort et pesant six livres trois quarts.

Obs. VIII. — Mme L...., cliente de M. Honoré, au terme de deux mois, éprouva des douleurs utérines très-vives, accompagnées d'un léger écoulement sanguin.

Repos absolu; petite saignée; lavements laudanisés : cessation complète des symptômes; mais chaque mois, jusqu'à six mois du terme, nouvel effort de l'utérus tendant à chasser le fruit : usage des mêmes moyens avec le même succès. Enfin la malade alla jusqu'à terme, ayant été saignée cinq fois, et malgré les efforts de vomissements qui se reproduisaient plusieurs fois par jour.

Tous les parents et les amis de la malade, effrayés de la quantité des saignées que je lui avais faites sept ou huit fois, sans réfléchir que ces sept ou huit saignées n'en valaient pas une, puisqu'elles se composaient chacune de quinze à vingt grammes, annonçaient que la malade accoucherait d'un avorton. Jamais je n'ai mis au monde d'enfant aussi fort.

L'enfant, nourri par sa mère, est extrêmement fort, et a aujourd'hui quatre ans; il se porte très-bien, malgré les pertes de sang de la mère et l'absorption d'une très-grande quantité de laudanum.

Obs. IX. — Mme Ch...., autre cliente de M. Honoré, enceinte de trois mois, fut prise d'une perte légère, accompagnée de douleurs utérines : même traitement que plus haut, même succès; et pendant huit jours, alternative de douleurs après l'influence du médicament passée, et de calme aussitôt après son administration. Enfin, neuf jours après l'apparition des premières contractions, elle avorta d'un produit anormal qui, n'étant pas viable, devait être expulsé, quoi qu'on pût faire.

Obs. X. — Mme Bén.., rue de l'Abbaye, à deux mois de terme fut prise de douleurs utérines bien caractérisées. M. Dubois, qui vit la malade deux fois, conseilla l'usage des mêmes moyens : petites saignées et laudanum. L'influence du médicament ne se faisait sentir que pendant quelques jours, et les accidents revenaient pour être combattus de nouveau. Cet état de choses dura jusqu'au terme de huit mois et demi, et la malade accoucha

d'une petite fille faible, mais qui vécut bien jusqu'à l'âge de onze mois, époque à laquelle un accident imprévu la ravit à la tendresse de ses parents.

Obs. XI. — Une jeune femme, appartenant à une des familles les plus considérées, possédant par elle-même et par tout ce qui l'entoure tout ce qui peut rendre la vie heureuse, avait fait successivement deux fausses couches, et un enfant manquait au complément de son existence. Bien plus, elle avait presque perdu tout espoir de devenir mère, car le médecin appelé pour l'assister, se fondant sur je ne sais quelle raison, lui avait fait craindre qu'elle ne pût jamais arriver à terme. Consulté par elle, je me crus autorisé, par les renseignements qu'elle me donna, à lui laisser espérer un meilleur résultat pour une troisième grossesse, et pour étayer mon avis, je l'engageai à prendre celui de M. P. Dubois, qui fut en tout conforme au mien.

Habituellement réglée avec abondance, cette dame continuait à voir un peu à chaque époque, quoiqu'elle fût enceinte, et c'était cette circonstance qui, complétement méconnue, avait déterminé les deux fausses couches précédentes. De petites saignées révulsives et le repos pendant les premiers mois, jusqu'à ce que l'époque fatale fût bien passée, lui permirent de mener à terme cette troisième grossesse. Elle accoucha d'un garçon fort et bien portant. Je fus obligé de l'extraire à l'aide du forceps, par suite de la résistance des parties externes. Le travail s'était prolongé, et je craignais, près d'atteindre un but qui avait été inespéré, de voir l'enfant périr au moment de recevoir le jour.

Je pourrais citer un grand nombre d'autres observations, mais elles n'ajouteraient rien à celles qui précèdent, et qui suffiront, je pense, pour établir aux yeux des praticiens l'importance du traitement que je préconise.

CHAILLY-HONORÉ.

CHIMIE ET PHARMACIE.

QUELQUES RÉFLEXIONS A PROPOS D'UNE NOTE DE M. A. BOUCHARDAT SUR L'EMPLOI DE L'HUILE DE CROTON-TIGLIUM,

PAR M. CAVENTOU.

L'utilité et l'efficacité de l'huile de croton-tiglium étant aujourd'hui hors de toute contestation, il faut en conclure que la découverte de ce médicament est une heureuse acquisition pour la thérapeutique. On trouvera donc tout naturel que ceux qui ont concouru dès longtemps à en faire connaître la nature et les propriétés revendiquent la part qu'ils se sont légitimement faite à cet égard il y a près de vingt ans.

D'après la note de M. Bouchardat, ce serait à M. Friedlander que

la France serait redevable de la connaissance de l'huile de croton-tiglium, et cet événement aurait eu lieu le 13 janvier 1824, dans une séance de l'Académie royale de médecine. Cependant, dès le mois de juin 1818, c'est-à-dire près de six ans auparavant, nous avions, M. Pelletier et moi, publié un mémoire sur la semence du pignon d'Inde, dans lequel nous faisions connaître la nature chimique et l'action physiologique de l'huile qu'il contient; nous avions découvert l'acide volatil auquel on doit attribuer *une partie* de ses vertus énergiques, et nous proposions même d'en préparer des *pommades épispastiques végétales* propres à remplacer avec avantages celles à base de cantharides, de garou, etc., ainsi que l'avait reconnu le docteur H. Cloquet.

A la vérité, nous avions rapporté le pignon d'Inde au *jatropha curcas* ou *médicinier cathartique*, et non au *croton-tiglium;* mais notre erreur était-elle donc si coupable, puisqu'au rapport de Antoine-Laurent de Jussieu, l'origine de ce fruit était souvent rapportée à l'un ou à l'autre végétal indistinctement?

Quoi qu'il en soit de ce travail chimico-physiologique, ce n'est véritablement qu'en février 1824 que l'attention des médecins fut réveillée sur les vertus si actives de l'huile de croton-tiglium, non pas, que je sache, sur l'indication faite un mois avant par M. Friedlander, mais sur la publication de deux thèses fort importantes soutenues à la Faculté de médecine, l'une par le docteur Conwel, et l'autre par le docteur Adrien de Jussieu.

En rendant compte de ces deux excellentes thèses dans le *Journal de Pharm.*, tome X (mars 1824), M. F. Cadet de Gassicourt est si frappé de l'analogie des propriétés de l'huile de croton-tiglium et de celles de l'huile de pignon d'Inde, dont nous avions fait l'analyse six ans auparavant, qu'il ne peut s'empêcher d'établir l'exposé comparatif de ces propriétés, et il va même jusqu'à taxer d'erreur le docteur Conwel d'avoir assigné au croton-tiglium le nom vulgaire de *pignon d'Inde*, qui aurait appartenu proprement à la semence drastique du médicinier cathartique (*jatropha curcas*).

Ce n'est que dès ce moment que l'on commença à faire usage de cette huile, tant en Angleterre qu'en France; mais dans la persuasion où l'on était que les semences de croton-tiglium différaient de celles connues dans notre commerce de droguerie sous le nom de pignon d'Inde, nous tirions l'huile de croton d'Angleterre, où on nous la vendait à un prix exorbitant. On se rappellera peut-être que les Anglais nous la faisaient parvenir alors dans de très-minimes petits flacons, contenant à peine *un gramme d'huile*, qu'en bons voisins ils nous comptaient plus de 300 fr. les 30 grammes! C'est dans le courant de 1825, un an après,

que M. le docteur Récamier m'ayant demandé s'il n'y aurait pas moyen de diminuer l'extrême âcreté de cette huile pour en rendre l'usage moins désagréable, je fus appelé tout naturellement à faire l'examen chimique de cette huile, et que je ne tardai pas à reconnaître sa parfaite identité avec celle que nous avions extraite et étudiée six ans auparavant en analysant le pignon d'Inde; c'est alors aussi que je reconnus que le pignon d'Inde de notre commerce et la graine de Tilly ou de croton-tiglium étaient une seule et même chose, et que notre huile dite de *jatropha curcas* n'était autre que l'huile de croton-tiglium des Anglais. Je m'empressai donc de rédiger une note en conséquence, et de la lire à l'Académie dans le courant de décembre 1824. On la trouve insérée textuellement dans le numéro de janvier 1825 du *Journal de Pharmacie*.

Je fais part, dans cette note, du procédé que j'ai employé à la préparation de cette huile :

« L'huile a été extraite, dis-je, au moyen de l'action de l'alcool à 38° sur l'amande réduite en pâte. Les liqueurs alcooliques ont été évaporées dans une terrine, à la chaleur d'une étuve. Lorsque l'alcool a paru complétement vaporisé, il suffisait de s'exposer au-dessus de la terrine pour éprouver une forte irritation dans le nez et les yeux. Cette huile, filtrée, est toute semblable à celle du croton-tiglium; elle a la même couleur ambrée foncée, la même odeur, la même âcreté; enfin toutes deux agissent de la même manière sur le tournesol. L'un de nos amis, le docteur Kapeler, médecin en chef de l'hôpital Saint-Antoine, en a employé, et il a vu plusieurs fois qu'une goutte ou deux administrées chez des malades suffisaient pour produire douze à quinze selles.

« Maintenant, si d'après tout ce qui précède on n'est pas convaincu que notre pignon d'Inde n'est pas la graine de Tilly ou celle de croton-tiglium, on ne contestera pas que les huiles qu'on en retire sont identiques, ou jouissent au moins des mêmes propriétés médicales, et au même degré surtout : on peut donc les employer dans les mêmes circonstances et aux mêmes doses, et obtenir des effets semblables. »

Et j'ajoute :

« *Il est inutile alors de nous rendre tributaires des Anglais* pour un médicament que nous pouvons nous procurer nous-mêmes, et avec beaucoup plus d'avantage et de sûreté! »

Rien, j'espère, de plus explicite, de plus probant que ce passage que je transcris littéralement de ma notice; et quand on pense que cela a été publié il y a près de dix-huit ans, au sein de l'Académie royale de médecine, dans les premiers temps de l'emploi de l'huile de croton-tiglium, que nous tirions exclusivement alors de l'Angleterre et à un

prix énorme, on conviendra peut-être qu'il y a eu quelque mérite à le faire, parce que, d'une part, j'ai éclairé un point de science douteux, et, d'autre part, j'ai mis les médecins à même d'expérimenter cette huile et d'en faire une application peu onéreuse à toutes les conditions sociales. C'est en effet dès ce moment que l'huile de croton-tiglium fut préparée dans les fabriques françaises, et figura parmi nos articles de produits chimiques.

Il résulte donc évidemment, ce me semble, que si depuis 1824 l'huile de croton-tiglium *est universellement employée*, ce n'est point par le fait de la publication de la note de M. Friedlander, qui, en annonçant la propriété drastique de l'huile de croton-tiglium, ne disait réellement rien de nouveau, puisque cette vertu était connue depuis plusieurs siècles même en Europe. Pour rendre cet usage général, il a fallu d'autres circonstances, que le lecteur appréciera à l'aide des faits rapportés équitablement dans cette note.

Quant au mode d'emploi de cette huile à l'extérieur, M. Bouchardat trouve que son application directe offre des inconvénients et rend son usage incommode : je suis de son avis. Mais pour parer à cet inconvénient, il propose un *sparadrap de croton*, qu'il prépare en mêlant à du diachylon gommé fondu, un quart de son poids d'huile de croton. Je ne conteste pas l'efficacité rubéfiante d'un tel mélange; mais il est évident que la chaleur et la pratique à laquelle l'huile est soumise au moment du mélange doit en affaiblir les vertus. Je préférerais l'emploi d'un mélange de graisse et d'huile de croton, dans les mêmes proportions que celles de l'emplâtre. Ce mélange pourrait être rendu plus consistant par l'addition d'un peu de cire, et comme il serait fait à froid, il conserverait toute son énergie.

Cette pommade rubéfiante pourrait être faite dans les proportions suivantes :

Axonge.	2 parties 1/2.
Cire	1/2 partie.
Huile de croton . .	1 partie.

Faites fondre la cire dans l'axonge à une douce chaleur, laissez refroidir, ratissez par couches minces, et incorporez à froid l'huile de croton.

Cette pommade, plus affaiblie, pourrait servir à l'entretien des vésicatoires, et n'aurait pas l'inconvénient des cantharides.

CAVENTOU.

UN MOT SUR UNE CLASSIFICATION NOUVELLE DES MÉDICAMENTS.

(Suite et fin.)

Parmi les défauts attachés au classement des médicaments d'après leurs résultats d'action, nous signalerons d'abord ceux qui se rapportent tout naturellement à ces grandes vérités pratiques : que les propriétés des médicaments ne sont pas toujours bien tranchées ; qu'elles ne sont pas intrinsèques ; qu'elles varient suivant les âges, les sexes, les tempéraments, les habitudes, les idiosyncrasies, et aussi suivant les climats, les saisons, etc., et encore suivant la période de la maladie ; enfin que les propriétés sont complexes, c'est-à-dire subordonnées à la forme, à la température, à la dose et à la substance employée. On sait, en effet, que le même médicament n'agit pas toujours de la même manière sur le même individu, et à plus forte raison sur des individus différents ; qu'il peut tonifier celui-ci, surexciter celui-là, etc. ; que l'eau froide donne d'abord de la force, de l'énergie à toute l'économie ; mais qu'elle ne tarde pas à agir en sens inverse en enlevant à notre corps son stimulant naturel, le calorique ; que le même liquide arrête les vomissements spasmodiques ; que l'eau chaude, au contraire, relâche, débilite, fait vomir. On sait encore que le tartre stibié peut agir comme émétique, comme purgatif, comme diaphorétique, fébrifuge même, selon les quantités, les circonstances dans lesquelles on l'administre ; que l'opium calme, narcotise, arrête la menstruation, la transpiration, suivant les doses et les cas dans lesquels on le donne ; enfin que beaucoup d'autres médicaments présentent les mêmes variabilités d'action, et que beaucoup agissent plutôt moralement que physiquement, c'est-à-dire plutôt en raison de la confiance que leur accorde le malade, que par la réalité de leurs propriétés curatives. Comment anéantir tant de difficultés ? Comment obvier à tant d'alternatives ? Comment classer enfin, d'après leurs effets immédiats et secondaires, des agents qui jouissent de propriétés médicinales si complexes, si variables, si éventuelles ?

On y parviendra, 1° en adoptant une classification arbitraire, en se tenant pour convaincu qu'il est impossible de ranger un seul médicament dans une seule et même classe ; en abandonnant à la sagacité du praticien, au tact médical, tout ce qui tient au malade, ou, en d'autres termes, à l'individualité morbide ; 2° en considérant, pour les propriétés multiples, chaque forme, chaque dose, chaque état de l'agent médicamenteux, comme autant d'unités médicatrices particulières, indépendantes les unes

des autres, et en plaçant ces unités en autant de classes ou sections différentes qu'elles peuvent donner lieu à des effets thérapeutiques divers.

Certes, nous reconnaissons tout ce qu'il y a de spécieux dans une pareille manière de faire et de raisonner, et nous concevons pourquoi quelques pharmacologistes ont préféré le classement des médicaments dans l'ordre suivant : 1° agents physiques; 2° substances minéralogiques et chimiques; 3° substances végétales rangées par familles naturelles; 4° substances animales étudiées de la même manière. Mais comme ces classifications et d'autres qui sont analogues présentent également de nombreuses et graves irrégularités, nous avons préféré celle que la médecine pratique a choisie et proclamée la meilleure, et cela par l'habitude où elle est de prescrire les médicaments comme si elle connaissait parfaitement leur mode d'action.

La classification des médicaments d'après leurs effets physiologiques et thérapeutiques n'est pas une idée qui nous appartienne; beaucoup de pharmacologistes l'ont adoptée avant nous; les Barbier, Alibert, etc., n'en ont pas suivi d'autres. Nous avons apporté quelques modifications à cette classification, et pas davantage. Nous avons agi ainsi, parce que nous croyons cette classification la meilleure, la plus utile et la plus favorable à la médecine pratique; médecine qui, n'ayant que des indications à remplir, des médications à produire, ne peut arriver facilement aux unes et autres qu'autant que la matière médicale lui offre des agents capables de remplir ces indications, de produire ces médications, c'est-à-dire des *débilitants*, quand l'économie est frappée de surexcitation; des *fébrifuges*, quand il y a de la fièvre; des *toniques*, pour produire la médication tonique; des *purgatifs*, des *calmants*, etc. pour les médications purgative, sédative, etc. Enfin, nous adoptons cette classification parce qu'elle répond aux besoins journaliers de la médecine, qu'elle sanctionne de plus en plus cet ancien adage : *contraria contrariis curantur*, et qu'elle ne saurait être ébranlée par un autre plus récent, mais absurde : *similia similibus curantur*.

Le mode d'action des médicaments amenant après lui des phénomènes physiologiques et thérapeutiques qui sont, les uns immédiats ou secondaires, les autres généraux ou locaux, révulsifs, dérivatifs, spéciaux ou spécifiques; le médecin, de son côté, quelles que soient d'ailleurs les théories, doctrines, explications, adoptées ou régnantes sur la cause et la nature des maladies, n'ayant jamais d'autres indications à remplir que les suivantes : 1° tonifier l'économie débilitée; 2° affaiblir l'économie surexcitée; 3° calmer les douleurs qui brisent actuellement l'organisme; 4° déplacer une affection grave qui a son siége sur un organe important; 5° expulser au dehors les corps étrangers ou en excès; 6° combattre une

médication intempestive ou mal dirigée ; 7° opposer d'une manière empirique ou rationnelle aux effets délétères d'un poison, d'un virus, d'un vice morbide, un antidote quelconque; nous avons partagé tous les médicaments ou produits de la pharmacie, tous les agents médicamenteux ou produits de la matière médicale, en cinq grandes classes, lesquelles classes ont des ordres, ceux-ci des sections, celles-là des genres.

A ces cinq classes, déjà considérables par le nombre de substances simples ou composées qu'elles renferment, à ce luxe pharmaceutique, à cette riche misère de la science, comme on l'a dit avant nous, nous ajouterons tout ce que la physique, l'hygiène et la gymnastique peuvent fournir à l'art de guérir. Ces trois branches des connaissances humaines sont appelées trop souvent et avec trop d'avantages au secours de la médecine, pour que les armes qu'elles fournissent ne soient pas placées dans le domaine de la matière médicale, bien que ces armes soient plutôt des moyens thérapeutiques que des médicaments proprement dits. Enfin, certaines opérations pratiques ou chirurgicales applicables aux maladies internes, telles que la saignée, l'acupuncture, les moxas, les sétons, la compression, etc., figurent dans notre cadre pharmaceutique comme complément de tout ce qui est relatif à la pratique de la médecine et de la chirurgie.

La première classe de nos médicaments, les toniques, comprend trois ordres : les ***toniques proprement dits***, les ***toniques astringents***, et les ***toniques stimulants***. Dans le premier ordre, les ***amers***, se trouvent les substances végétales et animales douées d'une saveur amère, franche, sans stypticité, telles que la ***gentiane***, la ***chicorée***, la ***petite centaurée***, le ***simarouba***, le ***quapra amara***, l'***extrait de fiel de bœuf***, etc., etc., qui, par une action locale, provoquent l'afflux du sang dans les vaisseaux voisins du lieu de leur application, et augmentent par là l'énergie des organes. A cet ordre doit être rapporté ce que l'ancienne médecine appelait ***dépuratifs***, ***anti-scorbutiques***, etc.

Dans le second ordre sont rangées les substances végétales, animales, chimiques ou minérales, dans lesquelles la saveur amère est mêlée à beaucoup d'astringence, à beaucoup de stypticité ; qui resserrent les tissus des organes avec lesquels on les met en contact, y déterminent une turgescence locale, et cela en diminuant la capacité des vaisseaux qui contiennent des fluides ; tels sont tous les médicaments que l'on désignait autrefois et que l'on désigne souvent encore aujourd'hui sous les noms de ***résolutifs***, ***répercussifs***, ***détersifs***, ***dessiccatifs***, ***styptiques***, etc.

Enfin dans le troisième ordre, subdivisé en trois sections, les ***toniques stimulants généraux***, les ***toniques stimulants spéciaux***, et les ***toni-***

ques stimulants révulsifs ou ***irritants,*** suivant qu'ils agissent d'une manière générale, spéciale ou révulsive, sont étudiées toutes les substances à odeur forte, à saveur prononcée, chaudes, âcres.

La première section des stimulants, les stimulants généraux ou excitants, médicaments qui ont pour effet immédiat l'augmentation très-marquée, mais peu durable, de l'énergie des fonctions vitales, offre deux genres. les ***stimulants généraux non diffusibles,*** ce sont les plus nombreux, et les ***stimulants généraux diffusibles,*** tels que le vin, l'alcool, les éthers, les huiles essentielles, etc. Dans cette section se trouvent les ***cordiaux,*** les ***stomachiques,*** les ***aromatiques,*** etc.

La seconde section, ou stimulants spéciaux, renferme les agents thérapeutiques qui, après avoir déterminé une surexcitation générale, agissent sur certains appareils ou même sur certains systèmes avec plus d'intensité que sur les autres. Ces médicaments,suivant les effets secondaires qu'ils produisent, ont reçu des pharmacologues des noms génériques que nous avons conservés (tels que ***diurétiques, sudorifiques, béchiques*** et ***pectoraux,*** etc.), tout en convenant avec quelques-uns des ardents conservateurs de la doctrine physiologique, avec certains localisateurs absolus des maladies, que beaucoup de ces médicaments, ou plutôt que beaucoup de ces expressions devraient être bannies du langage de la science, comme entachées du vieux péché de l'humorisme pur.

Enfin la troisième section, les stimulants révulsifs ou irritants, médicaments dont l'action vive, fugace, bornée aux appareils nerveux et dermoïde, et toujours accompagnée de rougeur, de chaleur, de douleur dans les parties avec lesquelles on les met en contact, est partagée en trois genres, les ***rubéfiants,*** les ***vésicants*** et les ***cautérisants.*** A ces genres peuvent être rattachés les ***attractifs*** des anciens.

Telles sont les nombreuses sous-divisions de la première classe, de celle qui répond par les toniques proprement dits à la première des indications médicales que nous avons établies plus haut, et par les irritants à la quatrième des mêmes indications.

La seconde classe, les ***débilitants,*** médicaments qui produisent une diminution plus ou moins grande dans l'état d'excitation des propriétés vitales organiques, ne comprend que deux ordres. Dans le premier se trouvent tous les moyens curatifs empruntés à l'hygiène, à la diététique et à la chirurgie, tels que le ***repos,*** les ***bains,*** le ***régime,*** les ***évacuations sanguines,*** etc. Dans le second sont rangés les agents pharmaceutiques proprement dits, agents qui sont partagés en trois genres : les ***émollients,*** ou médicaments qui ont la propriété de relâcher les tissus organiques, de diminuer leur tonicité, d'émousser leur sensibilité, etc. ; les ***tempérants,*** ou médicaments propres à modifier la trop grande activité

des organes en ralentissant la circulation et en diminuant la production de la chaleur animale ; enfin les *contre-stimulants*, ou médicaments destinés à neutraliser le stimulant anormal, morbide, qui existe dans certaines parties de l'économie. Aux émollients peuvent être rapportés les *adoucissants*, les *délayants*, les *maturatifs*, les *atténuants*, les *acescents*, etc. ; aux tempérants, les *rafraîchissants*, les *désaltérants*, etc. ; enfin aux contre-stimulants, les *sédatifs*, les *hyposténisants*, les *mercuriaux*, les *antimoniaux*, etc. Cette seconde classe répond à la deuxième indication médicale. Elle a pour résultat, conjointement avec la troisième classe (les contre-stimulants étant exceptés, du moins dans les cas où ils agissent comme dérivatifs), ce que l'on a appelé la *médication antiphlogistique*, ou mieux *antiplastique*. La première, la quatrième et la cinquième classes répondent à tous les besoins de la médecine active.

Dans la troisième classe, les *calmants*, sont rangés, comme le nom l'indique, tous les agents thérapeutiques capables de modifier, d'atténuer les surexcitations accompagnées de douleurs ; de régulariser, de ramener à leur état normal et primitif les organes frappés de mouvements convulsifs ou autres, en un mot, tous les médicaments qui exercent une influence spéciale et primitive sur l'appareil cérébro-spinal et en diminuent la vie : sont dans ce cas les *anodins*, les *narcotiques*, les *hypnotiques*, les *sédatifs*, les *antispasmodiques*, etc. Les débilitants, et surtout ceux du premier ordre, font partie, dans beaucoup de cas, des médicaments calmants. Cette troisième classe répond à la troisième des indications médicales.

La quatrième classe, les *évacuants*, partagés en *émétiques* ou *vomitifs*, suivant qu'ils agissent sur l'estomac seulement, en *purgatifs* si leur action a lieu sur les intestins, et en *éméto-cathartiques* quand ils provoquent tout à la fois et le vomissement et des évacuations alvines, répond à la quatrième indication médicale.

Enfin la cinquième classe, les *spécifiques*, celle qui répond à la sixième et à la septième indications médicales, renferme tous les agents médicamenteux qui, dans la très-grande majorité des cas, guérissent les affections contre lesquelles on les emploie : tels sont le *sulfate de quinine* pour les fièvres d'accès, le *soufre* pour la gale, le *mercure*, l'*iode* et leurs nombreux dérivés pour la syphilis, les scrofules, etc. Dans cette classe se trouvent naturellement les *fébrifuges* ou *alexipyrétiques* des anciens, les *antisyphilitiques*, les *antidotes*, le *vaccin*, qui sont des spécifiques par excellence. Nous y avons laissé également presque tous les agents thérapeutiques qui prennent la préposition *anti*, et nous ne croyons pas pour cela être resté dans l'ignorance, avoir rétrogradé. Nous

avons prouvé seulement que nous avions encore un pied dans l'humorisme ; mais qui ne sait qu'aujourd'hui même, *époque du progrès*, époque de la *médecine clinique exacte*, beaucoup de praticiens reviennent à la médecine humorale?

Maintenant, si dans une sixième et dernière classe nous faisons entrer les anciennes opérations chirurgicales qui consistaient : 1° à réunir les parties divisées (diérèse); 2° à diviser les parties réunies (synthèse); 3° à replacer les parties déplacées; 4° à évacuer les liquides épanchés; 5° à rétablir les conduits obstrués; 6° à extraire les corps étrangers (exérèse); 7° à ajouter ou remplacer les parties détruites ou absentes (protèse); 8° à retrancher les parties excédantes, désorganisées, mortes ou mutilées, opérations que l'on peut renfermer dans les trois grandes propositions suivantes : *enlever* ou *détruire*, *ajouter* ou *suppléer*, *remédier* ou *suspendre*, n'aurons-nous pas indiqué très-exactement tout ce que l'art de guérir est appelé à faire en faveur de l'humanité, et tous les agents à l'aide desquels le médecin parvient quelquefois, sinon toujours, au but qu'il s'est proposé d'atteindre, le rétablissement de la santé de son semblable? Nous laissons au public médical, seul juge en pareille matière, le soin de se prononcer pour ou contre l'affirmative, lui promettant d'avance notre respect à son jugement, notre empressement à le mettre à profit.

Pour rendre ce travail complet, peut-être devrions-nous définir et étudier chaque famille, chaque ordre, chaque genre ou section qui constituent notre classification; peut-être devrions-nous aussi faire l'énumération des agents thérapeutiques qui doivent entrer dans les classes, ordres, genres ou sections? Ce sera probablement le sujet d'un mémoire ultérieur.

F. Foy.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS D'HYDATIDES UTÉRINES SIMULANT LA GROSSESSE.

Les exemples d'hydatides utérines simulant la grossesse ne sont pas extrêmement rares; mais comme je pense que l'on a eu peu d'occasions jusqu'ici de s'assurer des symptômes que présente l'utérus pendant la gestation de ces vers vésiculaires, j'ai pris la liberté de vous adresser l'observation suivante, qui offrira peut-être quelque intérêt à vos lecteurs.

Dans le courant d'août dernier, la femme Guéraud, âgée d'environ

30 ans, couturière, d'une constitution assez délicate et nerveuse, ayant eu deux enfants, se présenta à ma consultation et m'apprit que ses règles l'avaient quittée depuis environ cinq mois et demi, quoiqu'elles fussent habituellement très-régulières, et qu'ayant vu en même temps son ventre grossir et ses seins se développer avec l'accompagnement des malaises de ses précédentes grossesses (vomissements, etc.), elle crut être enceinte pour la troisième fois. Les mouvements qu'elle disait ressentir à cette époque la confirmaient dans cette pensée. Cependant le suintement presque continuel d'un liquide brun roussâtre et d'une odeur nauséeuse, par les parties génitales, existant depuis deux mois, accompagné de douleurs dans l'hypogastre et de tiraillements dans les plis des cuisses, l'avait assez inquiétée pour l'engager à venir me demander mon avis sur ce que sa position présentait d'insolite.

J'examinai alors cette femme avec attention, et je remarquai les seins assez développés, et le ventre saillant comme il l'est assez ordinairement à cette époque de la grossesse, chez les personnes de sa constitution. La palpation de l'abdomen me confirma dans cette appréciation. Le toucher vaginal me permit de constater un ballottement complet et très-sensible; seulement, en l'exécutant, je remarquai que le col dont la direction était presque perpendiculaire, présentait, quoique non effacé, une dilatation de la largeur d'une pièce de trente sous. Je pénétrai dans son intérieur, à la profondeur de deux pouces, avec l'indicateur, sans rien rencontrer.

Les bords du col n'étaient pas calleux, et n'offraient aucune trace de dégénérescence organique. D'après cela, l'origine de cet écoulement s'expliquait difficilement pour moi, car il n'offrait pas de symptômes appréciables qui pussent en ce moment me mettre sur la voie; et quoique tous les phénomènes qui accompagnent la grossesse (sauf le bruit placentaire dont je ne songeai pas à m'assurer par l'auscultation) existassent chez cette femme, il me restait cependant un doute, que je traduisis en lui disant : que je pensais qu'elle pouvait être enceinte de l'époque indiquée plus haut; mais que cependant il y avait quelque chose d'extraordinaire dans sa position, dont je ne pouvais me rendre compte; aussi je l'engageai à revenir me voir. Le lendemain matin on vint me chercher en toute hâte pour me rendre auprès de cette femme, qui, disait-on, était très-mal. Je m'y rendis aussitôt, et j'appris qu'il était survenu depuis trois ou quatre heures des douleurs violentes et expulsives, qui avaient été en augmentant jusqu'au moment de mon arrivée, époque où elles avaient atteint leur summum d'intensité. En ce moment la femme me dit qu'elle sentait quelque chose au passage; je touchai, et je sentis en effet, à l'entrée du vagin, une masse mollasse et volumineuse, à moitié sortie, et

dont j'achevai l'extraction avec grand soin. Je reconnus alors que j'avais amené une énorme grappe d'hydatides vésiculaires, de la grosseur d'une noisette chacune, et se tenant ensemble par une sorte de tissu cellulaire fort lâche. Cette masse pesait cinq livres. Nombre de caillots sanguins, très-volumineux, avaient été expulsés en même temps. Cette femme eut un écoulement lochial analogue à celui qui survient après l'accouchement. La fièvre de lait arriva aussi en son lieu, le troisième jour, et les seins sécrétèrent abondamment ce liquide. Je fus même obligé, pour dégorger ces organes, d'avoir recours aux purgatifs et aux diurétiques. La femme s'est fort bien rétablie. Elle avait eu de vifs chagrins lors de la suppression de ses règles, et se trouvait dans une position de fortune qui lui imposait de nombreuses privations.

J'ai la conviction que le toucher pratiqué par moi dans l'intérieur de la cavité utérine a déterminé les contractions de cet organe, qui amenèrent le lendemain l'expulsion du produit morbide qu'il renfermait.

H. Langevin, D.-M.,
au Havre.

NOUVELLES OBSERVATIONS TOUCHANT L'EFFICACITÉ DES PILULES DE LARTIGUE DANS LA GOUTTE ET LE RHUMATISME.

Depuis le jour où le *Bulletin de Thérapeutique* et plusieurs autres journaux de médecine ont porté à la connaissance du public médical les propriétés vraiment spécifiques que possèdent les pilules de Lartigue dans les accès de goutte les plus aigus, et dans quelques affections rhumatismales, beaucoup de praticiens, et je suis de ce nombre, ont eu l'occasion de s'assurer par eux-mêmes de l'efficacité de ce nouveau remède, et sont venus confirmer, par des observations authentiques on ne peut plus concluantes, les résultats déjà obtenus par les médecins les plus éminents de la capitale. Aujourd'hui c'est un fait acquis à la pratique que la vertu qu'ont les pilules de Lartigue d'arrêter en quelques heures, sans aucun inconvénient pour les malades, les douleurs de goutte les plus intolérables; aussi il est peu de médecins de La Rochelle qui n'accordent aujourd'hui toute confiance à ce médicament, et cette confiance est, pour chacun de nous, basée sur l'observation de faits personnels, positifs et et incontestables.

Parmi les médecins qui ont eu le plus souvent occasion d'employer les pilules de Lartigue et de se féliciter constamment de leur emploi, je dois mettre au premier rang M. Delpech de Frayssinet, médecin en chef de l'hôpital militaire de La Rochelle, et membre correspondant de l'Académie royale de médecine. Goutteux lui-même, il doit, depuis

longtemps, aux pilules de Lartigue un repos dont il se croyait à jamais privé; aussi est-ce un des médicaments qu'il administre aujourd'hui avec le plus de confiance. C'est en grande partie aux succès nombreux qu'il a obtenus à La Rochelle et à Toulouse, et dont sa guérison n'est pas le moins remarquable, qu'est due en très-grande partie la propagation si rapide de cet agent thérapeutique dans ces deux villes.

La goutte est une maladie fort rare dans nos hôpitaux militaires; aussi les observations que je vous adresse, et qui sont prises dans un bien plus grand nombre d'autres, ont-elles pour objet des rhumatismes chroniques plus ou moins anciens, contre lesquels tous les traitements avaient été inefficaces, et qui ont été les uns guéris, les autres considérablement amendés par l'emploi des pilules de Lartigue.

I. Un soldat du 45e de ligne, âgé de vingt-sept ans, fut pris d'un rhumatisme très-aigu, qui porta successivement son action sur l'articulation coxo-fémorale droite et sur le genou du même côté. Des émissions sanguines générales et locales, les émollients de toute espèce, enfin le traitement antiphlogistique le plus complet, furent opposés à sa maladie.

Les symptômes s'amoindrirent, mais persistèrent; en vain eut-on recours aux embrocations adoucissantes ou calmantes, aux purgatifs répétés, aux liniments résolutifs; le mal resta stationnaire, et au bout de trois mois voici quel était l'état du malade : sa jambe est fléchie sur la cuisse, dont les muscles sont rétractés; la douleur est légère au genou et à la hanche dans le repos, mais elle devient intolérable au moindre mouvement d'extension; l'articulation coxo-fémorale paraît complétement perclues; l'articulation tibio-tarsienne n'a que des mouvements très-bornés. Le malade ne peut se lever sans béquilles; il marche avec le membre sain, et n'appuie aucunement sur celui qui est malade, soit qu'il ne puisse l'étendre, soit que les douleurs deviennent intolérables. C'est dans cet état que nous avons administré les pilules de Lartigue; elles ont été successivement employées, d'abord au nombre de six par jour, puis de quatre, puis de deux, et continuées pendant vingt-deux ou vingt-trois jours, en mettant un jour ou deux quelquefois d'intervalle, suivant l'intensité de l'action laxative des pilules. Toujours est-il que, le dixième jour de leur emploi, le malade, soutenu de deux béquilles, pouvait déjà allonger la jambe et appuyer légèrement le pied sur le sol; le dix-huitième jour le malade parcourait un assez long trajet sans béquilles, et le vingt-et-unième jour il pouvait descendre au jardin sans appui et s'y promener. Ce fait peut être attesté par tous les médecins de l'hôpital de La Rochelle. C'est bien à l'action spéciale des pilules, et non à leur effet purgatif, que la guérison est due; car avant l'emploi de ce remède nous avons administré largement les purgatifs sans nul effet.

II. Voici un cas de rhumatisme musculaire et articulaire aigu guéri en quatre jours, sans autre traitement que les pilules de Lartigue.

Un autre soldat du 45e de ligne, âgé de vingt-huit ans, est apporté, le 7 juin dernier, à l'hôpital militaire de La Rochelle. Depuis dix jours, cet homme, d'un tempérament pléthorique, a été pris de douleurs rhumatismales aiguës qui, de la région dorso-lombaire, ont bientôt gagné les deux cuisses, puis les deux membres thoraciques. Au moment de son entrée, les douleurs sévissaient d'une manière violente sur les articulations et les muscles des bras et des avant-bras; tuméfaction des deux membres supérieurs, sensibilité extrême au toucher, impossibilité du moindre mouvement; rougeur circonscrite au pourtour de chaque articulation, surtout à celles des coudes et des poignets; yeux rouges, teint animé, céphalalgie, soif vive, chaleur à la peau, pouls plein et fréquent, transpiration générale, abondante et presque continuelle, constipation opiniâtre depuis trois jours.

On fait à ce malade, au moment de son arrivée, une saignée de 300 grammes environ, qui n'amène aucune amélioration. Le lendemain 8 juin, le malade est aussi souffrant; la nuit a été très-mauvaise. A dix heures du matin, nous commençons les pilules de Lartigue; nous en administrons deux. La même dose est répétée à quatre heures après midi et à dix heures du soir. Ce n'est que le lendemain matin que les garderobes commencent : le malade en a huit en quelques heures, sans coliques. Les douleurs sont moindres; urines peu abondantes, mais moins épaisses. Une seule pilule vers midi. Dans la nuit suivante, encore six garderobes sans douleurs. Le matin du quatrième jour, la diminution des douleurs et du gonflement sont des plus remarquables; il n'y a pas la moindre fièvre. Une pilule le soir. Le mouvement énergique porté sur l'intestin a, dès les premières vingt-quatre heures, fait disparaître la transpiration abondante qui depuis plusieurs jours baignait le malade. Nous avons observé chez lui une large éruption de *sudamina* sur le ventre, le devant de la poitrine, sur la face interne des membres supérieurs et inférieurs. Cette éruption a disparu au bout de deux jours. Cinquième jour, plus de douleurs, ni musculaires ni articulaires; plus de tuméfaction des membres; quatre garderobes dans les vingt-quatre heures; encore une pilule le soir. Sixième jour, la raideur qui existait la veille a disparu, les mouvements sont libres; cinq garderobes. Septième jour, convalescence complète.

Ainsi voilà un cas de rhumatisme aigu guéri en quatre jours par un petit nombre de pilules de Lartigue, puisque le malade, qui en avait pris six le premier jour, n'en a pris ensuite qu'une seule par vingt-quatre heures jusqu'au septième jour, afin de soutenir l'effet du remède.

Dans la convalescence, quelques douleurs s'étant renouvelées, il a suffi de quelques pilules pour les faire disparaître. C'est bien là une affection caractérisée, qui ne doit sa prompte guérison qu'au médicament dont il est question.

III. Je citerai encore un caporal du 45e, âgé de vingt-six ans, nommé Simon, entré le 18 juin à l'hôpital, avec une affection rhumatismale chronique fixée dans les articulations des vertèbres des lombes et de la masse commune du sacro-lombaire et du long-dorsal depuis trois mois. Le malade ne peut se mouvoir, et un seul décubitus est possible, celui sur le côté droit; les autres déterminent des douleurs intolérables. Tous les traitements avaient été sans effet. Le 21 juin, nous donnons les pilules de Lartigue à la dose de six, comme dans l'observation précédente; transpiration. Six ou sept garderobes, sans coliques; dans la matinée du lendemain, diminution des douleurs. Les pilules sont encore administrées, les 22 et 23 juin, à la dose de trois et de quatre, et continuent à maintenir la transpiration et à amener chaque jour quatre et cinq garderobes. Les douleurs diminuent avec une telle rapidité, qu'elles avaient complétement disparu le 24 juin, et que le malade pouvait se lever. Nous avons néanmoins, par précaution, continué encore les pilules pendant une dizaine de jours à la dose d'une toutes les vingt-quatre heures.

IV. Parlerai-je d'un cas de rhumatisme chronique compliqué depuis huit ans d'une amaurose incomplète, jugée de nature rhumatismale, dans lequel les pilules de Lartigue ont été employées, en désespoir de cause, comme essai? C'était un soldat du 45e de ligne, âgé de 34 ans, nommé Legomart, entré le 25 mai à l'hôpital. Le résultat n'a pu être complet, on le pense bien; cependant le remède a produit un effet qui doit être noté. En dix jours les douleurs articulaires générales ont cédé, et l'état des yeux a présenté une amélioration notable. La sensibilité excessive du globe oculaire qui existait, a entièrement disparu. Nous dirons qu'ayant revu ce soldat cinq mois plus tard, il nous a appris que pour la première fois il avait passé l'automne sans douleurs, et qu'il y voyait assez bien pour se conduire. Est-ce à l'action des pilules qu'il a dû ces avantages?

Nous n'avons donné ici que l'analyse de quelques-unes des nombreuses observations que nous avons recueillies avec les plus grands détails à l'hôpital militaire de La Rochelle. Nous pouvons ajouter, comme corollaire à ce qui précède, quelques faits généraux qui résultent des expériences que nous avons faites. Ainsi selon nous l'action thérapeutique des pilules de Lartigue n'est point nécessairement soumise à leur action apparente : l'augmentation des selles, des urines, des sueurs, est loin d'être aussi constante qu'on l'a établi.

L'action de ces pilules sur les voies urinaires est aussi fort incertaine; quelquefois elles augmentent la sécrétion urinaire sans rien changer à la nature des urines; dans d'autres circonstances, cette sécrétion cesse peu à peu ou presque tout à coup d'être sédimenteuse; dans d'autres cas enfin, les pilules ne déterminent aucune modification ni dans la quantité ni dans la qualité des urines. Leur action diaphorétique est également fort irrégulière dans ses effets : nous avons vu la transpiration tantôt inonder le corps, tantôt se borner à une légère moiteur, tantôt enfin n'être pas sensiblement provoquée. L'action des pilules sur le tube digestif est aussi fort irrégulière; mais elle est moins inconstante. Généralement leurs bons effets sur les affections rhumatismales semblent être en proportion des effets purgatifs obtenus. Néanmoins nous avons eu occasion de traiter plusieurs malades chez lesquels les pilules n'ont eu aucune action apparente ni sur la peau, ni sur les voies urinaires, ni sur le tube digestif, et chez qui cependant les douleurs ont disparu avec assez de rapidité.

CROUIGNEAU (de Fronsac),
Chirurgien militaire à l'hôpital de La Rochelle.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES FLEGMASIES DU LARYNX AVEC OU SANS ANGINE PLASTIQUE, ET SUR LEUR TRAITEMENT PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES LOCALES.

Le catarrhe laryngé, comme tout praticien le sait, est une flegmasie de la membrane muqueuse qui tapisse le larynx. Cet état pathologique a donné quelquefois lieu à des méprises dans le diagnostic, qui n'ont pas été toujours innocentes pour le malade. En effet, la distinction de cette maladie des autres angines rangées dans l'ordre des inflammations spéciales du tissu muqueux est assez difficile à établir dans certaines circonstances; il est arrivé qu'elle en a imposé pour une autre affection phlogistique plus grave de la muqueuse des voies aériennes. L'angine laryngée ne saurait pourtant être confondue avec cette dernière par tout praticien qui a observé isolément et avec réflexion chacune d'elles. Ne possédons-nous pas aujourd'hui, grâce aux nombreux travaux de certains médecins, et notamment à ceux de M. Bretonneau, une connaissance assez parfaite des nuances différentielles qui existent entre les diverses flegmasies de la gorge? Ces nuances sont précieuses et indispensables pour établir un juste diagnostic. Mais le point capital consiste dans le choix et dans l'application des moyens thérapeutiques, et les signes propres à établir la distinction de l'espèce d'angine sont la base de la détermination prise à cet égard.

Généralement, en médecine, on doit n'attacher qu'une faible importance aux faits rares. Comme cette science a toujours un but marqué d'utilité pratique, il est du devoir du médecin d'accorder une attention toute spéciale aux maladies les plus communes, à celles de tous les jours. Toutes les formes et toutes les nuances qu'elles peuvent revêtir doivent donc être étudiées et décrites avec soin.

Si on compare les symptômes du catarrhe laryngé avec ceux appartenant à l'angine pelliculaire, par exemple, on voit d'abord qu'ils sont à très-peu près les mêmes; que les angoisses des malades sont, comme dans cette dernière maladie, interrompues et affreuses; que l'allure extérieure des malades est des plus fatigantes. Leur état général, en un mot, est bien fait pour jeter le médecin dans l'indécision et l'empêcher de se prononcer sur le véritable caractère de la maladie de la gorge en face de laquelle il se trouve. Disons pourtant qu'il est plus aisé de distinguer telle affection de la bouche ou de la gorge, que de rapprocher *à priori* les caractères distinctifs des éruptions cutanées en général, lesquelles ont aussi une très-grande similitude entre elles. L'examen attentif du gosier, qu'il est de toute rigueur d'effectuer, éloignera presque toujours le doute élevé sur la nature de l'inflammation. Ainsi, dans la phlogose inflammatoire du larynx on observe une rougeur assez prononcée de la muqueuse buccale, de la gorge ou des voies respiratoires, avec tuméfaction ou non des tonsilles ou de la luette. Le timbre de la voix est anormal, et le malade éprouve, vers la région laryngienne, une gêne qui semble être le résultat d'un corps étranger arrêté dans cette partie. Il y a quelquefois fièvre vive et de la soif; dans d'autres circonstances le mouvement circulatoire n'est pas troublé. La langue est l'organe qui fournit le moins de signes morbifiques; elle peut être blanche ou épanouie, soif nulle ou de peu de durée : il existe de plus un enchifrènement accompagné de céphalalgie. Si les symptômes ont un degré d'intensité plus élevé : toux sèche, rauque et douloureuse; la voix est plus altérée, l'inspiration est sifflante; dyspnée permanente, assez grande pour ne pas permettre au malade de rester dans son lit, en repos. Il s'agite et porte irrésistiblement ses mains à son cou, comme pour ôter l'obstacle qui existe au larynx; la face est rouge, les yeux larmoyants. Ni les amygdales, ni la luette, ni le pharynx, ne sont le siége d'aucune production morbide; le malade laisse échapper de la bouche un mucus dont l'altération est variable, soit sous le rapport de la couleur, soit sous celui de la ténacité.

Dans l'angine plastique ou diphthérétique, le médecin est à même de constater une physionomie bien différente dans tous les symptômes. Les signes physiques sont d'une importance majeure; ainsi, en explorant le gosier du malade, il sera facile de constater que les amygdales sont plus

tuméfiées, qu'elles sont hérissées de plus ou moins de concrétions blanches d'une étendue variable, ainsi que toute l'arrière-bouche. Ces concrétions ont une circonscription inconstante; et certaines d'entre elles sont comme entourées d'un feston rouge excessivement foncé. L'haleine prend le plus communément une fétidité remarquable, que l'on n'oublie pas facilement une fois qu'on l'a sentie. Le volume des tonsilles est aussi fort augmenté, elles font quelquefois saillie au dehors. Les ganglions des parties latérales du cou présentent constamment de la tuméfaction. Ce signe physique est un des principaux à noter. Dans l'angine laryngée pure et simple, au contraire, ce phénomène n'est presque jamais observé; il n'existe que dans la minorité des cas.

La marche du catarrhe larygné ou *pseudo-croup* m'a paru généralement rapide, et sa terminaison la plus ordinaire rarement mortelle. Si la mort arrive, ainsi que certains praticiens l'ont remarqué, ce n'est que secondairement; mais je n'ai point à rapporter d'exemples pris dans ma pratique particulière, d'une fin aussi malheureuse.

En ce qui concerne la médication à appliquer à l'espèce de flegmasies dont je m'entretiens en ce moment, je vais me contenter d'en parler sommairement, et les quelques mots que j'en dirai ici sont en faveur des émissions sanguines locales et des anti-phlogistiques purs. J'ose dire que, d'après les quelques faits que je vais détailler, il ne peut exister d'incertitude pour moi dans la thérapeutique de l'angine stridulense ou spasmodique; mes résultats ont été invariables et fixes. Je suis convaincu que l'emploi de mon mode de traitement doit être heureusement appliqué le plus communément, et que les moyens qui le constituent, rationnellement combinés, doivent être aussi puissants dans la curation de la plegmasie laryngée qu'ils se montrent nuisibles et meurtriers quand on y recourt dans le but de combattre le mouvement de production des taches ou concrétions plastiques. Voici les observations pratiques de faux-croup que j'ai recueillies.

Obs. 1. (Août 1832.) — Charles Bardou, âgé de dix ans, convalescent d'une fièvre quarte rebelle, est doué d'une constitution faible et irritable. A la suite d'un exercice forcé, par une température humide, il se trouva subitement pris, vers la fin de la nuit, d'un enrouement, avec une difficulté extrême de respirer; la voix est très-voilée et presque éteinte.

La mère de cet enfant, vivement tourmentée d'un état qui lui inspirait des inquiétudes, se hâta de me faire appeler; rendu près de lui, je le trouve debout, ne pouvant rester couché ni assis, pour ainsi dire; sa respiration est très-courte, précipitée, douloureuse, l'inspiration sifflante. La tête est assez fréquemment portée en arrière pour mieux respirer. La figure de ce jeune enfant, pâle et blême ordinairement, présente en ce moment un aspect violacé; les yeux sont gros et humides; la toux rauque

et assez fréquente, est accompagnée parfois d'angoisses convulsives dans l'acte de la respiration, au point que le malade ne peut demeurer tranquille sur son siége. Il va çà et là; c'est, dit-il, pour trouver une bonne place et de l'air qui lui manque. Le pouls indique un mouvement fébrile assez intense; il se plaint de douleur dans la gorge, laquelle douleur, d'après les indications du malade, semble se porter au larynx. La déglutition n'est précédée ni suivie de gêne bien marquée; elle a lieu aussi librement que dans l'état normal.

Je n'aperçois aucune altération sensible dans la gorge; les glandes tonsillaires sont du volume naturel, à peine si elles ont franchi l'espace qui les loge entre les piliers du voile du palais. La muqueuse buccale ne me paraît nullement frappée de phlogose catarrhale. Celle des tonsilles est à peu près de même aspect. Point de tuméfaction des ganglions lymphatiques cervicaux.

Médication. Pédiluves sinapisés répétés trois fois dans la journée; huit sangsues sur le larynx, à deux reprises à la distance de quatre heures, topiques émollients chauds autour du cou; deux pots d'une infusion théiforme de fleurs de tilleul édulcorée avec le sirop de gomme et le sirop d'écorce d'oranger; de temps en temps une cuillerée à bouche de sirop d'ipécacuanha, avec addition de plusieurs grains de poudre du même médicament.

Quatre heures après je revois le malade; les symptômes se sont amendés. Les quatre dernières sangsues venaient de tomber, et le sang coulait. La toux semble avoir perdu de sa raucité; la chaleur de la peau est moindre; la respiration plus facile et moins accélérée. Il n'y a pas eu de suffocation.

Continuation, avec la même exactitude, des mêmes moyens, et recommandation de laisser fluer le sang pendant au moins une heure.

Dans la soirée je fais une nouvelle visite, et je trouve une amélioration des plus manifestes. Dès ce moment j'ai pu considérer mon malade comme entrant en convalescence d'une affection catarrhale qui véritablement avait débuté d'une manière effrayante.

Obs. II. Camille Fruger, de Bléré, âgé d'environ trois ans, d'une constitution nerveuse et irritable, s'est trouvé assez brusquement pris, vers le milieu de la journée du 24 septembre 1832, de toux sèche, rauque et fréquente, de trouble dans la voix, de fièvre, et d'une gêne assez grande dans la respiration. On me mande presque aussitôt.

Le malade était tenu sur les genoux de sa mère; il parlait avec une volubilité telle qu'il était très-difficile de bien le comprendre. Fréquentes quintes de toux, que je trouvai très-rauque; elle me parut avoir une grande ressemblance avec la toux croupale. Les amygdales, explorées avec soin, ne me parurent point engorgées; il n'existait pas non plus d'engorgement du côté des ganglions lymphatiques des parties latérales du cou. Le pouls était accéléré et marquait un mouvement fébrile assez vif; douleur au larynx, sans augmentation sensible par la pression; soif modérée; respiration fréquente; l'inspiration faisait entendre un sifflement remarquable; la déglutition ne présentait rien de particulier; elle était facile. Je portai ensuite mon examen vers l'arrière-bouche, où il n'existait aucune pseudo-membrane.

Je me hâtai de recourir aux évacuations sanguines. Une application de deux sangsues de chaque côté du larynx fut donc immédiatement faite, et l'écou-

lement du sang aidé par des cataplasmes simplement émollients mis autour du cou. Je fis donner après quelques fumigations acétisées, et pour boisson habituelle de l'eau sucrée, et de plus une infusion de tilleul convenablement édulcorée. Je me réservai toutefois de faire plus si l'aspect de l'affection ne perdait pas son caractère effrayant, et d'agir topiquement si des exsudations plastiques venaient à paraître sur les tonsilles ou ailleurs.

Deuxième jour. A deux heures du matin je revis mon petit malade; il était dans l'état suivant : dyspnée plus forte; toux également sèche et rauque, et n'ayant pas permis au malade de reposer un seul instant; elle était parfois suffocante. Déglutition facile, inspiration sifflante; même douleur au larynx. — Quatre nouvelles sangsues; sirop d'ipécacuanha par petites cuillerées, à distances pas trop éloignées jusqu'à vomiturition; un pédiluve avec farine de moutarde.

Troisième jour : Toux humectée, grasse et ne revenant qu'après des intervalles longs; elle avait pris le caractère de celle qui accompagne ordinairement le catarrhe bronchique. Fièvre moindre; respiration moins fréquente et pour ainsi dire normale. L'enfant avait retrouvé une partie de sa gaieté naturelle et pouvait parler distinctement. La guérison était parfaite deux jours après.

Obs. III. — F.... Desnous, de la ville de Bléré, âgé de cinq ans, d'une bonne organisation, tousse et est enchifrené depuis quelques jours seulement. Dans la matinée du 25 mai 1834, je lui fais ma première visite; il est dans l'état que voici : son pouls offre de la fréquence et une certaine dureté, et la peau une chaleur assez élevée, ce qui indique un mouvement de fièvre bien décidé; toux rauque, interrompue, saccadée; dyspnée fatigante. Depuis la veille au soir, chaque mouvement inspiratoire est sillant et marqué par de la difficulté dans son accomplissement; les lèvres deviennent par moment violettes; yeux gros et très-larmoyants; enrouement; déglutition presque naturelle. Les amygdales et le larynx, examinés avec soin, ne laissent découvrir autre chose d'anormal qu'une légère rougeur; point de gonflement de ces parties, sur lesquelles on n'aperçoit non plus ni taches diphthérétiques, ni productions membraniformes; point de tuméfaction extérieure des ganglions cervicaux. — Sangsues appliquées sur la région laryngienne; boissons délayantes chaudes; fumigations émollientes; pédiluves chauds et sinapisés.

Le 26, j'apprends que l'écoulement du sang n'a pas été aussi abondant que je l'avais recommandé. J'observe une toux toujours sèche et un peu moins rauque; respiration meilleure, quoique encore assez accélérée; langue mouillée; douleur à la tête, soif. L'état de la gorge est le même que la veille. — Nouvelle application de sangsues; eau de pruneaux miellée; sirop avec deux grains de tartre stibié pour provoquer des vomissements.

27, nuit assez bonne; sommeil et moiteur; persistance de la toux, devenue moins sèche et beaucoup moins brusquement interrompue; la voix est plus naturelle. — Même prescription, les sangsues excepté. Le 28, le malade ne se plaint plus d'aucune douleur; il ne tousse que fort rarement et demande instamment de la nourriture. — Eau sucrée; deux potages maigres lui sont accordés. 30, cessation de tout traitement; la convalescence est décidée et franche.

En disant que la distinction de l'inflammation laryngée d'avec cer-

taines autres affections flegmasiques de la gorge n'est pas en toutes circonstances facile à bien apprécier, je ne crois pas avoir été dans le faux. Voici un exemple de cette difficulté que j'extrais du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique;* il peut, par son rapprochement des faits que je viens d'énoncer, faire voir combien il faut d'attention pour éviter une erreur dans le diagnostic.

« Le 6 décembre 1834, Julie Depecker, âgée de huit ans, d'une assez forte constitution, fut prise de toux et de gêne dans la respiration. Le lendemain, la toux avait un timbre particulier et la voix était rauque. Le 8, les parents firent appeler un médecin; la malade fut trouvée avec un pouls faible et accéléré, la déglutition difficile, la respiration sifflante, la toux produisait un son semblable au cri d'un coq. La dyspnée était permanente. Six sangsues sont aussitôt appliquées au devant du cou, et l'émétique administré; plusieurs heures après, trois grains de mercure doux, toutes les deux heures. La nuit ayant été orageuse, il fut prescrit de nouvelles doses d'émétique et de calomel; de plus, des sinapismes au cou. Jusqu'au 12 cette médication fut suivie, et la malade entra en pleine convalescence. »

Après avoir examiné et pesé attentivement la valeur rigoureuse qui appartient à chacun des symptômes exprimés dans la précédente observation, quel sera le jugement que tout praticien portera? S'il compare ce fait des trois observations que j'ai rapportées, n'inclinera-t-il pas à dire qu'il y avait là une angine flegmasique du larynx, et non une une inflammation croupale, comme l'a jugé l'auteur? La gorge, d'ailleurs, n'a point été explorée; l'existence de productions morbides a dû être méconnue, et sans celles-ci il ne saurait y avoir d'angine plastique. Aucune tuméfaction ni augmentation anormales dans le volume des ganglions lymphatiques cervicaux n'ont été notées : d'après cela, pouvait-on se prononcer sur l'existence du croup.

Bridel, chirurgien
à Bléré (Indre-et-Loire).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur des phénomènes graves de paralysie qui ont accompagné certains cas de grippe. — Indépendamment des bronchites, des angines, des courbatures, des douleurs rhumatismales et des autres phénomènes qu'on a observés dans la grippe, il s'est montré à l'Hôtel-Dieu, chez plusieurs malades couchés dans les services de MM. Récamier, Chomel et Magendie, des symptômes du côté du système nerveux, qui

ont été rapprochés, par M. Récamier, de ceux de l'épidémie de 1826, et de celle, beaucoup plus ancienne, de 1803. Ces symptômes se sont montrés avec tant de persévérance et avec tant d'intensité, qu'ils caractériseraient à eux seuls une maladie nouvelle s'ils n'étaient accompagnés des autres phénomènes de la grippe proprement dite. M. de Puissay, interne à l'Hôt-Dieu, auquel nous devons ces renseignements, possède plusieurs observations qui feront l'objet d'un prochain travail. On a constaté trois états bien tranchés dans l'affection dont nous nous occupons; dans l'un, les malades accusent de simples douleurs dans les membres, qui s'exaspèrent par la pression légère de la main, et qui ont été précédées d'engourdissement et de picotement. Le membre, siége de cette douleur, est plus faible que celui du côté opposé, et assez pour que le malade ait été obligé de cesser tout travail. Dans un deuxième état, il y a de la contraction soit dans les membres supérieurs, soit dans les membres inférieurs, soit dans les quatre à la fois, et elle a été précédée des symptômes déjà indiqués. Ces deux états, bien différents l'un de l'autre, ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux. Enfin, dans un troisième état, beaucoup plus grave que les précédents, il y a des douleurs excessivement vives, des contractions musculaires très-intenses, qui arrachent des cris au malade, et que la pression de la main exaspère; perte complète du mouvement, avec ou sans perte de la sensibilité; de la fièvre, et tous les symptômes généraux d'une affection aiguë.

Ces trois états sont sans doute des degrés différents de la même maladie. Le pronostic doit être très-réservé, puisque chez un malade, et c'est le seul qui ait succombé jusqu'à présent, on a trouvé un ramollissement de la moëlle. La durée de cette maladie a été variable; elle a été en raison directe de son intensité; ainsi, ceux qui sont arrivés au premier degré ne sont guère restés qu'une quinzaine de jours, trois semaines au plus, à l'hôpital; mais il y a en ce moment dans les salles un malade arrivé au troisième degré, et voilà déjà près d'un mois qu'il est en traitement.

La thérapeutique a dû être très-variée. Chez un malade qui offrait la maladie à son maximum d'intensité, le traitement antiphlogistique et révulsif a parfaitement réussi; chez ceux qui étaient au premier degré, des frictions sur les membres, des bains de vapeur ont promptement fait justice de tous ces accidents; chez d'autres qui avaient des contractions, l'on a employé l'électro-puncture appliquée sur les muscles antagonistes, et ce traitement a réussi un instant, mais la maladie a reparu un peu plus tard; on a eu recours ensuite à des frictions stimulantes. Il n'y a pas encore de traitement bien établi contre cette affection d'origine récente. La

prudence veut qu'on ne prononce pas trop vite sur sa bénignité, puisqu'elle peut, comme nous l'avons dit, en certaines circonstances et à un certain degré, entraîner la mort.

Difficulté du diagnostic de certaines tumeurs. — C'est avec raison que les maîtres de l'art ont insisté sur la difficulté de juger la nature de certaines tumeurs. Nous n'aurions qu'à choisir si nous voulions citer des exemples d'erreurs de diagnostic sur cette nature d'affections, et cela de la part de chirurgiens de renom ; et, parmi ces erreurs, il en est qui ont coûté la vie aux malades, comme quand on a pris un anévrysme ou une hernie pour un abcès, etc. Le cas que nous allons rapporter n'a pas cette importance ; l'habile chirurgien auprès duquel il a été puisé n'a commis aucune faute ; c'est lui-même qui a mis en relief le fait pratique qui en découle, l'obscurité du diagnostic de certaines tumeurs. Un homme, âgé de vingt-cinq ans, a été couché au n° 40 de la salle Saint-Louis, à la Pitié. Ce malade, d'un tempérament légèrement lymphatique, se présente avec deux tumeurs un peu douloureuses, l'une siégeant sur la partie moyenne de la jambe gauche, sur le trajet du jambier antérieur, l'autre sur la jambe droite, au côté interne et inférieur du mollet. L'une des tumeurs est du volume d'un œuf de pigeon, l'autre d'un gros œuf de dinde ; elles sont dures comme des ganglions lymphatiques engorgés, et leur origine ne date que de trois semaines environ. M. Lisfranc fait pratiquer une application de sangsues autour de ces tumeurs, et appliquer des cataplasmes laudanisés pour enlever l'état sub-inflammatoire qui existe. La douleur se dissipe ; on pratique alors des frictions avec l'iodure de plomb, et l'on donne l'iodure de potassium à l'intérieur. Ces tumeurs se ramollissent en suivant la marche des engorgements blancs, qui se fondent en donnant lieu à de la suppuration ; la fluctuation y est sensible ; on ouvre ces tumeurs, et il en sort une matière couleur de lie de vin, et des caillots sanguins considérables ; les foyers sont entièrement vidés, et pendant huit jours ils continuent à fournir la même matière. Au bout de ce temps ils donnent du pus, et finissent par se cicatriser complétement. On ne peut expliquer la nature de ces tumeurs ; elles avaient eu la marche des abcès froids ; assurément, en les ouvrant, on ne pouvait s'attendre à ce qu'elles renfermassent cette matière lie de vin, plus cette masse de caillots sanguins.

Cas de pustule maligne. — Marche insidieuse. — Mode de cautérisation. — Dans le service de M. Jobert à Saint-Louis, au numéro 64 de la salle des femmes, est couchée une malade âgée de vingt-

trois ans, affectée de pustule maligne. Cette femme est employée dans une manufacture à trier du crin. Entrée à l'hôpital Saint-Louis le 7 avril, elle dit avoir éprouvé quelques frissons pendant deux jours avant l'invasion de son mal, qui se déclara dans la nuit qui a précédé le jour de son entrée. Elle se coucha le 6 au soir sans avoir remarqué aucun gonflement de la face. Le lendemain elle s'éveilla avec une tuméfaction assez considérable de la joue et des paupières du côté droit. Un petit bouton existait sur la paupière inférieure; la malade se croyait atteinte d'une fluxion. Comme le mal empira très-rapidement en quelques heures, au point de produire l'occlusion de l'œil, tant les paupières se tuméfièrent, elle s'effraya et vint demander des soins. Le 8 la tuméfaction occupe tout le côté droit de la face, la région fronto-temporale correspondante, l'aile droite du nez, la racine de cet organe, et gagne déjà un peu son aile gauche, ainsi que la partie voisine de la joue du même côté.

La malade accuse une démangeaison accompagnée de battements profonds. La coloration des téguments est normale; la caloricité n'est pas notablement accrue ; c'est un gonflement plutôt œdémateux qu'inflammatoire ; il n'existe aucun symptôme de réaction générale ; point de nausées, point de vomissements; il n'y a point de céphalalgie ; le pouls est régulier sans fréquence. Le diagnostic, en présence de ces seules indications, eût pu offrir quelques difficultés; mais en déprimant la joue de manière à déplisser la paupière inférieure, cachée sous la supérieure, on constate l'existence d'une petite ulcération, avec escharre violacée, tout à fait semblable à une morsure de puce. Autour d'elle se dessine, assez faiblement toutefois, une aréole brunâtre, parsemée de plusieurs phlyctènes très-petites. Malgré l'absence des symptômes généraux, et des troubles fonctionnels qui d'ordinaire signalent l'invasion et le développement de la pustule maligne, dans sa première et sa deuxième période, circonstance qui nous a paru rendre cette observation intéressante pour le praticien, le doute n'était plus permis ; aussi M. Jobert s'est hâté d'étendre sur le centre du mal un cautère actuel.

Dans les cas semblables, l'expérience a appris qu'il y avait avantage à ne pas cautériser seulement l'escharre charbonneuse et son cercle aréolaire : en promenant le fer rouge sur les tissus voisins, que l'infection, souvent, n'a pas encore atteints, placés par conséquent dans des conditions physiologiques plus favorables à une réaction franche et énergique, on détermine plus sûrement une inflammation dont l'intensité et l'étendue sont une garantie en faveur de la prompte limitation de la maladie : c'est cette pratique qu'a suivie M. Jobert sur la malade qui nous occupe.

Sur un cas d'ophthalmie nerveuse. — Au n° 19 de la salle Saint-Louis, à la Pitié, est entré un jeune homme de vingt ans, qui a fourni à M. Lisfranc l'occasion de montrer l'importance de ce qu'il a dit touchant l'ophthalmie nerveuse et le traitement spécial qu'il convient de lui appliquer. Ce malade a depuis trois ans une ophthalmie chronique siégeant sur les deux yeux ; la muqueuse oculaire est d'un rouge foncé, considérablement épaissie, et dépasse sur la cornée transparente le bord de la sclérotique. Mais le symptôme le plus saillant est une photophobie extrême, avec un larmoiement considérable. Ce malade a été depuis trois ans inutilement traité dans divers hôpitaux de Paris ; on a employé chez lui les résolutifs, les astringents, la cautérisation, les exutoires. M. Lisfranc a jugé dans ce cas que l'élément nerveux prédominait, et dès le premier jour il a eu recours à la belladone, médicament qui lui a réussi dans un grand nombre de cas d'ophthalmies nerveuses, qui avaient résisté à une foule d'autres moyens. Il a fait faire sur le front, les tempes, et derrière les oreilles, une friction avec 80 centigrammes d'extrait de belladone. Dès le lendemain, le contact des rayons lumineux pouvait être mieux supporté ; on a continué l'emploi de la belladone pendant six jours, et la sensibilité est allée progressivement en diminuant, au point que la lumière n'était plus douloureuse. Mais l'inflammation de la conjonctive était la même, et les paupières ne pouvaient être que difficilement écartées. C'est alors que M. Lisfranc a commencé l'usage de la pommade antiophthalmique de Dessault, composée, comme on sait, d'oxyde rouge de mercure de thutie, d'acétate de plomb, d'alun et de sublimé ; cette pommade a fait merveille. On en est venu ensuite à quelques cautérisations avec le nitrate d'argent sur le bord libre des paupières, et maintenant l'ophthalmie est presque entièrement dissipée, le malade ouvre parfaitement les yeux, et est sur le point de quitter l'hôpital.

Influence des miasmes méphitiques de Montfaucon sur les malades de l'hôpital Saint-Louis. — Nous avons signalé chaque année l'influence fâcheuse qu'a pour l'hôpital Saint-Louis le voisinage de Montfaucon. Chaque fois qu'au printemps, à l'été et à l'automne le vent de nord-est souffle avec une certaine persévérance, les miasmes que ce vent porte sur l'hôpital Saint-Louis déterminent, soit la pourriture d'hôpital dans les salles de chirurgie, soit un état épidémique particulier qui frappe un assez grand nombre de malades. On peut voir, tome XVIII, page 385, et tome XIX, page 59, ce qui a été dit à ce sujet. Cette année, le vent de nord-est a regné, depuis près d'un mois, d'une manière permanente ; aussi l'état épidémique annuel se montre-t-il

en ce moment dans les salles de médecine de MM. Devergie et Émery. Dans ces deux services, une vingtaine de malades au moins ont été pris depuis huit jours de courbature générale, de fièvre avec céphalalgie intense; la bouche est amère, mauvaise; la langue couverte d'un enduit limoneux: il y a chez tous les sujets des nausées et quelques vomissements. La plupart de ces accidents cèdent facilement, en quatre ou cinq jours, au régime, aux délayants et aux amers. Chez un seul malade, M. Devergie a cru utile de pratiquer une saignée, à cause de l'intensité du mal de tête; cette saignée a eu un mauvais effet; le sang n'avait aucune consistance, le caillot était mou, peu résistant; un affaissement complet a succédé à cette saignée; on a été obligé de recourir aux sinapismes et aux légers toniques. La pourriture d'hôpital ne s'est du reste pas montrée dans les services chirurgicaux. Espérons que l'autorité achèvera l'œuvre d'assainissement qu'elle a commencée pour ce quartier, et qu'elle enlèvera ainsi de l'hôpital Saint-Louis les odeurs méphitiques qu'y porte le vent du nord-est. Il y avait à Montfaucon une double cause d'infection, la voirie et la poudrette; depuis l'an dernier la voirie a été supprimée, mais il reste la poudrette.

Application de la ténotomie sous-cutanée à la réduction d'une fracture compliquée. — Une femme de trente-cinq ans, d'une forte constitution, entra il y a trois semaines environ, à l'hôpital Saint-Louis, pour une fracture des deux os de la jambe, produite par un éboulement de terre. Le fragment supérieur du tibia avait perforé les parties molles et faisait à l'extérieur une saillie d'un pouce et demi; le pied était maintenu dans un état d'extension forcée par la rétraction des muscles du mollet. Les efforts les mieux combinés ne parvinrent pas à réduire cette fracture; la coaptation des fragments était impossible. M. Jobert a pratiqué alors la section sous-cutanée du tendon d'Achille, et à l'instant même il a obtenu le redressement du pied, le membre a pu être allongé et la fracture a pu être réduite. Cette malade, chez laquelle un flegmon profond a exigé de larges débridements, et qui a présenté les symptômes de la fièvre de résorption, est aujourd'hui dans un état satisfaisant. Le membre est maintenu par l'appareil en usage dans le service de M. Jobert.

VARIÉTÉS.

Sur la création de médecins voyageurs. — L'Académie de médecine, dans une de ses dernières séances, a été saisie d'une manière tout à fait inopinée d'une immense question. A l'occasion d'un rapport

sur un mémoire de M. Rufz, correspondant à la Martinique, M. Louis a fait une proposition tendant à ce que l'Académie exprimât au gouvernement le vœu d'une création de *médecins voyageurs*, chargés d'explorer les diverses parties du globe sous le rapport médical. L'Académie, après une très-courte discussion, s'est trop hâtée, selon nous, de prendre en considération cette proposition et de nommer une commission pour l'examiner.

A première vue, l'idée de M. Louis peut paraître séduisante; mais tous les bons esprits ne tarderont pas à reconnaître ce qu'elle a d'impraticable. Les objections les plus puissantes s'élèvent en foule contre l'exécution de ce projet. Nous les aborderons lorsque l'Académie discutera le travail de la commission, si elle le discute, pour le moment, nous voulons seulement en indiquer quelques-unes, et pour le faire d'une manière plus saillante, nous les présenterons sous forme d'exemple.

Supposons donc que dans un pays quelconque, en Russie, en Suède, ou ailleurs, une Académie de médecine ait sollicité et obtenu de son gouvernement l'institution de médecins voyageurs. Un nombre plus ou moins considérable de ces médecins s'est déjà disséminé sur le globe, et en voici un qui arrive à Paris spécialement chargé d'observer dans le climat de cette ville la fièvre typhoïde. Remarquons d'abord qu'il est un des plus favorisés, ce médecin; il arrive au foyer des lumières et de la civilisation, au milieu d'un peuple hospitalier et poli, auprès de médecins communicatifs, qui lui ouvriront avec empressement les trésors de leur science; dans une ville couverte d'immenses hôpitaux, où tout ce qui se fait se dit et se publie, où il est enfin impossible de rencontrer plus de moyens d'observation et d'instruction. Vous concevez, en effet, que le médecin, son confrère, qui voyage en Abyssinie ou dans les montagnes du Caboul, est certainement moins bien partagé.

Voilà donc notre médecin en route pour son voyage d'exploration. Il veut d'abord s'enquérir si la fièvre typhoïde est ou non contagieuse à Paris. Dès son premier pas, le voilà dans une grande incertitude, car il a entendu déjà soutenir le oui et le non avec une argumentation également puissante et par des médecins également haut placés. Forcément il doit écrire sur son carnet, s'il est homme sage et réservé : ***Je n'ai pu découvrir s'il y a ou non contagion.*** Première vérité négative.

Il passe à l'anatomie pathologique. Il croyait généralement et incontestablement admis les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde; ce jour-là, le hasard l'a conduit au Val-de-Grâce, et là il a entendu renverser de fond en comble les opinions régnantes, et cela, pièces en main, avec démonstration cadavérique, et par un médecin qui inspire confiance. Il a dû écrire sur son carnet : ***Il n'est pas bien sûr que les ca-***

ractères anatomiques soient tels qu'on les indique. Deuxième vérité négative.

Il veut en connaître la nature. Celui-ci lui affirme que c'est une inflammation; celui-là proteste et s'écrie : c'est un empoisonnement. Que dites-vous? lui dit cet autre; c'est une altération du sang. Vous n'y entendez rien, lui crie un quatrième, c'est une diminution de la fibrine. Ils sont tous fous, s'écrie un cinquième, c'est un amas de bile et de saburres dans les intestins, etc., etc. De sorte que notre pauvre voyageur écrira de plus belle : *Nature incertaine et contestée*. Troisième vérité négative.

Il arrive enfin au traitement. Un jour, il entend préconiser l'expectation; un autre jour, la médecine active; hier, il a vu purger, il en est aujourd'hui aux saignées coup sur coup; demain, il verra les toniques, et puis les chlorures, et les mercuriaux, et le reste, et le reste... de sorte qu'au bout il ne trouvera qu'incertitude, doute, obscurité.

Que s'il veut constater statistiquement l'influence de telle ou telle médication, l'obscurité devient ténèbres; car chacun, avec ses chiffres, lui prouvera qu'il perd moins de malades que ses confrères, et par un groupement adroit lui fera voir que, bien que sur douze malades il y ait eu quatre morts, la mortalité n'a été que de 1 sur 15.

Que dira-t-il à son gouvernement sur la fièvre typhoïde de Paris?

Eh bien! cet exemple dont chacun peut constater la vérité, ne se représentera-t-il pas 19 fois sur 20 aux médecins voyageurs? Quelle est la maladie si bien connue dans ses éléments divers et multiples qui puisse fournir matière à un rapport précis, certain, et à des conséquences pratiques pour d'autres localités?

Et toutes les objections qu'on peut faire sur ces médecins voyageurs eux-mêmes, sur leurs capacités, leur instruction, leur manière de voir identique, sur la position qu'on leur donnera, les moyens de remplir leur mission, etc., etc., toutes choses qui rendent le projet de M. Louis si difficile, si impraticable, que nous ne concevons d'autre moyen de résoudre le problème que par une bonne fin de non-recevoir dont l'Académie sentira elle-même la convenance et l'opportunité!

— M. le docteur Frapart vient de mourir à l'âge de quarante-neuf ans, à la suite d'une maladie organique du cœur. Tous ceux qui ont connu cet honorable confrère déplorent sa fin prématurée. M. Frapart était un homme de bien. Malgré son intelligence, il s'était laissé entraîner vers les idées excentriques de la phrénologie, de l'homéopathie et du magnétisme, qui perdent en lui leur plus vigoureux soutien. Mais il a été pur au milieu de tant de jongleurs et de spéculateurs; il a été trompé par son imagination vive et ardente; mais ses intentions et sa conduite ont été toujours droites. Nous devions ce témoignage à sa mémoire.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR UNE PLEURO-PNEUMONIE ÉPIDÉMIQUE QUI A RÉGNÉ DANS LES VOSGES PENDANT L'HIVER DERNIER, ET SUR SON MODE DE TRAITEMENT.

S'il est incontestable que chaque saison exerce une grande influence sur la marche, la durée et surtout sur la nature des maladies, il n'est pas moins avéré que cette influence de la constitution saisonnière elle-même est subordonnée à des circonstances de localité telles que l'élévation et la configuration du sol, le voisinage des montagnes, de la mer, etc., en un mot à l'ensemble des phénomènes météorologiques et climatologiques qui constituent le climat local propre à chaque province. Ce sont même ces circonstances de localités qui, en raison de leur influence sur la constitution atmosphérique, font prédominer dans une même saison, ici les affections catarrhales, là les affections inflammatoires, plus loin les fièvres typhoïdes, etc.; en un mot, déterminent la physionomie, le cachet spécial de la constitution médicale.

Ces réflexions me sont suggérées par la comparaison entre le caractère des maladies qui règnent en ce moment à Paris et dans une grande partie de la France, et la nature de celles que nous observons ici dans la partie montagneuse du département des Vosges. Tandis que le caractère catarrhal domine la constitution médicale de Paris, les maladies que nous avons à traiter ici portent, à peu près sans exception, l'empreinte d'une constitution franchement inflammatoire.

C'est surtout par des affections aiguës de la plèvre et du poumon que cette constitution se révèle, et le nombre des pleurésies et des pleuro-pneumonies est hors de proportion avec celui des autres hivers; cependant celui-ci n'a pas été plus rigoureux que les deux qui l'ont précédé, et pendant lesquels on a observé infiniment moins de maladies inflammatoires. En général, pendant les mois de décembre, janvier et février, le thermomètre s'est constamment maintenu au-dessus de — 10° R., excepté les 7 et 15 janvier, où il est descendu à — 12 et 13. Ce n'est donc pas à l'influence d'une température exceptionnelle qu'il faut attribuer les maladies dont il est ici question. Cependant leur apparition ne me paraît pas inexplicable; on peut même assez facilement s'en rendre compte en admettant que la constitution catarrhale, si généralement répandue cette année, a pris le caractère propre aux constitutions inflam-

matoires sous l'influence des modifications qui lui ont été imprimées par le pays que nous habitons. Une circonstance qui vient donner à cette opinion plus que la valeur d'une hypothèse, c'est que deux fois pendant le cours de cet hiver, une température douce et humide a subitement succédé à une température froide et sèche, et qu'alors nous avons vu apparaître des rhumes, des angines catarrhales, des coryza, etc., accompagnés de fièvre, de céphalalgie, de courbature générale, etc. Nous avons observé des cas assez nombreux de grippe bien dessinée; en un mot, nous avons vu les affections catarrhales se substituer aux affections inflammatoires, pour disparaître ensuite et céder le pas à ces dernières, quand un nouveau changement de température revenait favoriser leur développement. J'ai même remarqué que ces recrudescences étaient particulièrement favorisées par le retour des vents d'est et de nord-est, dont la température naturellement froide s'abaisse encore en passant sur les neiges de la chaîne principale située dans cette direction, par rapport au bassin de Saint-Dié. L'influence de ces vents est telle qu'aujourd'hui même, 10 avril, nous avions ici 3 degrés au-dessous de 0 à cinq heures du matin, et seulement 4 degrés au-dessus à midi; il est vrai que les Chaumes, qui séparent le versant alsacien du versant lorrain des Vosges, sont encore presque entièrement couvertes de neige.

Quoi qu'il en soit de la valeur de ces causes, voici en général la physionomie que présente l'affection dominante, la pleuropneumonie. Le plus souvent l'invasion a lieu brusquement, au milieu des apparences de la santé la plus florissante; un frisson initial accompagné ou immédiatement suivi d'une douleur pongitive dans l'un ou l'autre côté, ou même à l'épigastre, une dyspnée plus ou moins considérable avec une toux d'abord sèche et saccadée, puis suivie d'une expectoration difficile de crachats caractéristiques, épais, gommeux et rouillés; une chaleur brûlante, parfois accompagnée de moiteur; une soif vive, un pouls large, dur et fréquent; tels sont les principaux traits qui caractérisent une affection que dans beaucoup de cas on pourrait prendre pour type d'une description tout à fait classique. Quelquefois cependant les symptômes sont moins bien tranchés; quelques-uns d'entre eux peuvent même manquer entièrement; mais ceux qui restent suffisent toujours pour mettre sur la voie d'un diagnostic que viennent bientôt confirmer les signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion. Du reste, le plus souvent l'affection se développe avec un appareil de symptômes auquel personne ne pourrait se méprendre. La plupart des observations que j'ai recueillies ressemblent à celle-ci :

Obs. I. L....., garde forestier, 40 ans, constitution robuste, est saisi tout à coup, au retour de la forêt, par un frisson accompagné de malaise géné-

ral et d'une douleur vive siégeant à la fois vers le sein droit et au-dessous de l'omoplate du même côté. Cette douleur et l'oppression qui s'y joint sont telles que L...... a peine à regagner sa demeure, s'arrêtant à chaque pas. Rentré chez lui, il essaye de se réchauffer, et, afin d'y mieux parvenir, il s'administre une bouteille de vin chaud. La chaleur se rétablit effectivement; mais avec elle survint une réaction fébrile très-violente et un redoublement du point de côté. Appelé près de lui le surlendemain, je constate l'existence d'une pleuropneumonie occupant tout le côté droit, et parvenue déjà à un haut degré d'intensité. Matité hépatique des deux tiers inférieurs du côté droit, bronchophonie et souffle bronchique occupant le même espace, râle crépitant fort abondant sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, toux fréquente, expectoration épaisse et fortement rouillée, pouls large et plein: tel était l'appareil symptomatique de cette grave affection.

Je pratiquai à l'instant même une large saignée dont le sang, au bout de quelques minutes, se recouvrit d'une couenne épaisse et verdâtre; je prescrivis de renouveler cette opération au bout de six heures. Le lendemain je fis administrer une potion composée d'infusion de fleurs de tilleul, 125 grammes; tartre stibié, 30 centigrammes; laudanum, 50 centigrammes, et sirop simple, 25 grammes, à prendre une cuillerée toutes les heures.

Dès la deuxième saignée, le point pleurétique avait complétement disparu; mais la dyspnée et la difficulté de l'expectoration persistaient à peu près au même degré. L'effet immédiat de la potion stibiée fut une expectoration abondante et facile, ainsi qu'un amendement notable dans la respiration; la nuit fut bonne. Le lendemain, cinquième jour (25 janvier), le pouls était tombé à 80, la peau était moite, la respiration plus libre, et le râle crépitant, *de retour*, commençait à se mêler au souffle bronchique, à la partie inférieure et surtout à la partie moyenne du poumon. Potion stibiée à 40 centigrammes; infusion pectorale gommée. La potion fut renouvelée le soir, en sorte que le malade prit dans les vingt-quatre heures 80 centigrammes de tartre stibié, dose que l'on porta le lendemain à 1 gramme.

Le 27, expectoration abondante et presque complètement catarrhale, râle sous-crépitant mélangé de quelques grosses bulles de râle muqueux, fièvre très-modérée, urines abondantes et sédimenteuses (dans lesquelles l'appareil de Marsch décelait des traces d'antimoine). Je fis suspendre l'émétique et appliquer un large vésicatoire qui couvrait presque toute la partie postérieure droite de la poitrine. Dès lors, le reste d'engouement qui existait au poumon disparut comme par enchantement, et le malade entra en convalescence après neuf jours de maladie et sept de traitement.

Cette observation présente, comme on le voit, la pleuropneumonie avec tout le cortége de symptômes qui la caractérise quand elle est simple et franche; la suivante, que je place en regard, offre un beau type de pleurésie franche, dégagée de toute complication.

Obs. II. Mme G....., 25 ans, constitution remarquablement forte, tempérament sanguin, jouissait d'une santé parfaite, lorsque le 27 mars au soir elle fut prise d'un violent frisson qui se prolongea pendant toute la nuit, et fut alors suivi d'une réaction brûlante accompagnée d'une douleur excessivement vive sous le sein gauche, et d'une dyspnée telle que la respiration en

devint presque impossible. Appelé près de la malade le 28, douze heures après l'invasion de la maladie, je la trouvai dans l'état suivant : face rouge, animée, exprimant la douleur; respiration précipitée, courte et saccadée; toux sèche et incessante, provoquant des douleurs excessivement vives dans tout le côté gauche, mais principalement sous le sein, et en remontant sous l'aisselle; point d'expectoration; thorax sonore; bruits respiratoires rapides, saccadés, sans râle ni bruits anormaux; pouls dur, 120 pulsations. Je pratique immédiatement une saignée de 500 à 600 grammes, et je prescris une infusion pectorale gommée. Le sang de la saignée se recouvre d'une croûte fibrineuse épaisse de 5 millimètres; le point pleurétique éprouve une rémission marquée, et la respiration tombe à 38 (au lieu de 70); mais pendant la nuit les accidents reviennent avec une nouvelle énergie et s'accompagnent d'une agitation qui, par instant, va jusqu'au délire.

La constitution robuste de la malade me permettant de *frapper fort*, j'ouvris largement la veine et en tirai plus d'un kilogramme de sang; je ne m'arrêtai que quand je vis se manifester quelques symptômes avant-coureurs d'une syncope. Cette énorme évacuation sanguine fut suivie, comme la première, d'une suspension à peu près complète du point pleurétique et d'une amélioration notable dans la respiration; cependant sur le soir les symptômes ayant repris une intensité qui me fit craindre le retour complet des accidents de la veille, je prescrivis une application de 25 sangsues sur le côté gauche. Cette fois la rémission fut complète et se maintint pendant toute la journée du 30; mais pendant la nuit du 30 au 31, un nouveau point se manifesta à l'épigastre et le long des côtes asternales gauches; je me rendis alors chez la malade et la trouvai dans une agitation extraordinaire, respirant à peine et ne pouvant garder aucune position; chaque secousse de toux lui arrachait un cri; point d'expectoration. L'auscultation et la percussion ne donnaient aucun résultat; le pouls était toujours fréquent, mais il avait perdu beaucoup de sa dureté; 20 sangsues *loco dolenti;* cataplasmes sinapisés aux jambes; looch simple (120 grammes avec 5 grammes d'eau de laurier-cerise).

Le point épigastrique cessa; la dyspnée et la toux diminuèrent considérablement; mais la douleur du côté gauche se manifesta de nouveau, et cette fois (1er avril) la résonnance du côté gauche avait notablement diminué à sa partie inférieure, et la voix était devenue manifestement égophonique sur ce même point. J'y fis à l'instant même appliquer un vésicatoire de 15 centimètres de diamètre, et je prescrivis : calomelas, 40 centigrammes; poudre de digitale, 20 centigrammes; opium, 8 centigrammes en huit paquets, à prendre un toutes les heures. Il y eut dans la nuit trois évacuations alvines et une abondante diaphorèse. Dès lors le point pleurétique disparut pour ne plus revenir, la toux céda presque entièrement; mais la dyspnée persista, quoique moins intense, et ne se dissipa tout à fait que deux jours plus tard, alors que l'égophonie disparut elle-même à peu près complétement. Le septième jour à partir de l'invasion, la malade était en convalescence.

Il serait fastidieux de rapporter avec tous leurs détails les cas assez nombreux que j'ai observés, et qui font l'objet de cette note; je me bornerai à en donner un court résumé, dans lequel j'aurai même soin de ne faire figurer que les malades que j'ai pu suivre et observer convenablement.

Ces malades sont au nombre de 23; dont 14 hommes et 9 femmes, tous âgés de 20 à 40 ans, excepté une jeune fille de 17 ans, un jeune homme de 19 ans, une femme de 55 et une de 65; on remarquera que dans ce nombre il n'est pas question d'enfants ni de vieillards. Cette prédilection de la maladie pour les adultes indique déjà une différence entre la pleuropneumonie franche et les phlegmasies catarrhales qui atteignent de préférence les deux extrêmes de la vie.

18 fois l'appareil symptomatique décelait une phlegmasie simultanée de la plèvre et du poumon, 2 fois ce dernier organe paraissait seul atteint; et 3 fois la maladie était une pleurésie simple. Toutefois les 18 cas de pleuropneumonie étaient loin d'être identiques, et j'ai pu observer des variétés depuis la pleurésie accompagnée d'un point pneumonique circonscrit et de quelques crachats rouillés, jusqu'à l'hépatisation de la totalité d'un poumon, compliquée d'un léger épanchement pleurétique.

Quant au siége de l'affection, 13 fois elle occupait le côté droit, 6 fois le côté gauche, 3 fois les deux côtés à la fois, et dans ces 3 derniers cas, la phlegmasie siégeait au sommet des poumons.

Les symptômes n'ont guère présenté d'autres variétés que celles qui étaient en rapport avec le degré de la maladie et la constitution du sujet affecté; cependant j'ai observé six fois le délire, et dans ces 6 cas sont comprises les trois observations de pneumonie du sommet dont je viens de parler, un cas de pleurésie fort intense, et 2 de pleuropneumonie accompagnée d'une douleur pleurétique excessivement vive.

La durée de la maladie a varié de six à seize jours; mais en général la convalescence s'est prononcée du septième au dixième à partir de l'invasion.

Malgré la thérapeutique très-active que j'ai été obligé d'employer dans la plupart des cas, j'ai observé une tendance bien évidente à la terminaison avec phénomènes critiques; les septième, neuvième et quatorzième jours ces phénomènes critiques consistaient dans une diaphorèse abondante et spontanée, ou bien dans l'évacuation d'une grande quantité d'urines sédimenteuses; le plus souvent c'était une expectoration copieuse et purement catarrhale qui succédait aux crachats rouillés, rares et difficiles de la veille; le tout accompagné d'un amendement notable dans les symptômes et les signes physiques de l'affection. Je ne prétends pas donner à ces faits plus de valeur qu'ils n'en méritent, mais je crois seulement qu'on n'a pas encore tout dit sur la doctrine des crises.

La gravité des cas m'a conduit, ainsi que je le disais tout à l'heure, à une thérapeutique le plus souvent fort active; et j'ai eu lieu de m'en applaudir, puisque sur mes 23 malades je n'en ai perdu que 2. L'un était

un homme de quarante-cinq ans, que j'ai vu au cinquième jour d'une pleuropneumonie double compliquée de symptômes ataxiques effrayants; le délire, qui avait d'abord cédé à une large évacuation sanguine, reparut au bout de douze heures avec une nouvelle intensité; une seconde saignée que j'avais prescrite (j'habitais à cinq lieues du malade), ne fut pas faite malgré mes recommandations expresses; ce malheureux dans son délire se leva de son lit, parcourut sa maison et s'abreuva d'eau froide; aussi était-il perdu sans ressource quand je le revis le lendemain. L'autre est une femme de trente-huit ans, que j'ai vue au septième jour d'une pneumonie avec hépatisation de tout le côté droit; elle est morte quelques heures après ma première et unique visite. On voit que je pourrais même avec justice éliminer ces deux cas du chiffre total de mes observations, et dire qu'en général la nature et le traitement ont constamment triomphé de la maladie. — *La nature*, car il est possible que l'affection ait eu une tendance naturelle vers une terminaison favorable. — *Le traitement*, car, quelle que soit la puissance que l'on accorde à la nature médicatrice, il faut encore compter pour quelque chose l'action des agents thérapeutiques, surtout quand ces agents sont pris dans une classe de moyens aussi actifs que ceux que j'ai mis en usage.

La saignée, le tartre stibié à hautes doses et à doses vomitives, les révulsifs cutanés; voilà les principaux agents auxquels j'ai eu recours.

1° *La saignée*. Tous mes malades, à l'exception de deux, ont été saignés au moins une fois; plusieurs l'ont été deux et même trois fois. Dans *tous les cas* le caillot s'est recouvert d'une couche fibrineuse plus ou moins épaisse. L'opération a toujours été pratiquée du côté du siége de la maladie, car je suis de l'avis de ceux qui pensent que dans les phlegmasies de la plèvre et du poumon il n'est pas indifférent d'ouvrir la veine de l'un ou l'autre bras. Le plus souvent l'évacuation sanguine a eu pour effet immédiat de faire disparaître ou au moins d'atténuer la douleur pleurétique; dans quelques cas cependant elle a paru n'exercer aucune modification appréciable sur la marche de la maladie, bien qu'elle eût été répétée deux et même trois fois. C'est surtout alors que l'action thérapeutique du tartre stibié m'a semblé le plus manifeste.

2° *L'émétique à doses vomitives*. Je n'en ai fait usage que dans trois cas; la première fois ce fut le hasard qui me servit : j'avais prescrit une potion stibiée qui ne fut pas tolérée, les deux ou trois premières cuillerées produisirent des évacuations muqueuses et bilieuses extrêmement abondantes, qui furent immédiatement suivies d'un calme profond. Le malade eut plusieurs heures d'un sommeil paisible pendant lequel s'établit une copieuse diaphorèse. Dès lors l'affection prit un aspect beaucoup plus favorable, et la convalescence ne se fit pas long-

temps attendre. Ce succès m'engagea à recourir au même moyen dans deux autres cas où la phlegmasie pulmonaire s'accompagnait de vomissements bilieux spontanés, et des symptômes ordinaires d'embarras des premières voies, et chaque fois cette modification me réussit parfaitement.

3° *L'émétique à hautes doses.* J'ai fait usage de cet agent héroïque dans quatorze cas, c'est-à-dire toutes les fois que je n'ai pas été entravé par quelque contre-indication formelle. Les doses ont varié depuis 30 à 40 centigrammes jusqu'à 80 centigrammes, et même 1 gramme dans les vingt-quatre heures [1]. La durée de la médication n'a jamais dépassé cinq jours; en général la tolérance s'établissait immédiatement; dans quelques cas cependant je me suis vu obligé, pour obtenir ce résultat, d'augmenter un peu la proportion d'opium dans la potion. Le seul accident que j'aie observé, c'est une éruption pustuleuse siégeant sur les lèvres, la face interne des joues, les amygdales et l'arrière-bouche. Cette éruption, qui s'accompagnait d'une salivation assez copieuse, s'est manifestée quatre fois; elle a cédé assez facilement à des gargarismes mucilagineux d'abord, puis à l'application topique d'un mélange d'acide chlorhydrique et de miel dont on imbibait un pinceau. Une fois seulement j'ai eu recours au crayon de nitrate d'argent.

C'est surtout à l'administration du tartre stibié à hautes doses que j'attribue les succès à peu près constants que j'ai obtenus dans le traitement de la péripneumonie; mais l'efficacité de cet agent thérapeutique est loin d'être aussi bien démontrée pour moi lorsqu'il s'agit d'une pleurésie franche, aussi ai-je renoncé à son emploi dans ce cas. Je me suis beaucoup mieux trouvé de l'usage du calomélas uni à l'opium, alors qu'il n'était plus permis d'insister sur les évacuations sanguines. C'est un moyen qui mérite de fixer l'attention des praticiens; du reste il a pour lui la recommandation de Hufeland.

4° *Les révulsifs cutanés.* Toutes les fois que j'ai eu recours à l'application du vésicatoire sur la poitrine (et c'est dans la grande majorité des cas), j'ai toujours dénudé le derme sur une large surface, car je suis d'avis que c'est surtout ici qu'il faut s'abstenir des demi-moyens. Ne serait-il pas dérisoire, en effet, de prétendre déplacer, avec un vésicatoire de quelques centimètres de surface, une phlegmasie qui occuperait une étendue dix fois plus grande de la plèvre ou la presque totalité d'un poumon? Certes, il pourrait bien arriver tout le contraire, et l'irritation thérapeutique tournerait alors au profit de l'affection qu'elle était destinée à combattre.

[1] Dans ces cas, j'ai pu constater la présence de l'antimoine dans les urines, à l'aide de l'appareil de Marsch.

Il est même quelques circonstances dans lesquelles un large vésicatoire devient lui-même insuffisant ; j'ai cru devoir alors recourir à un révulsif dont l'action est plus énergique et plus profonde, c'est l'emplâtre stibié ; mais comme l'effet de cet emplâtre se fait quelquefois attendre plusieurs jours, et que c'est surtout quand on a besoin d'y avoir recours que les heures sont précieuses, je pratique avec la pointe de la lancette de petites mouchetures sur toute la surface qu'il doit recouvrir ; l'action se manifeste immédiatement. Ce moyen est douloureux, on ne peut l'appliquer indistinctement à tous les sujets ; mais il est du nombre de ceux sur lesquels on peut compter dans les cas graves.

Tels sont les principaux agents thérapeutiques que j'ai mis en usage ; j'aurais bien à dire encore quelque chose de l'opium et de la digitale dans quelques cas de pleurésie ; mais je préfère suspendre mon jugement jusqu'à ce que je puisse l'étayer d'un plus grand nombre d'observations.

CARRIÈRE,
Agrégé en exercice à la Faculté de Strasbourg.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE. — DE L'EMPLOI DE LA BELLADONE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

Par M. Debreyne, professeur particulier de médecine pratique à la grande Trappe (Orne).

Mémoire qui a obtenu le 1er accessit au concours du *Bulletin de Thérapeutique* pour 1841. (*Extrait.*)

La thérapeutique est le complément et la perfection de la médecine ; elle constitue essentiellement l'art de guérir. Supprimez la thérapeutique, et la médecine n'est plus qu'une science purement descriptive et iconographique, une branche sèche de l'histoire naturelle, un objet d'études du naturaliste, comme la zoologie et la minéralogie. Créez la thérapeutique, et soudain apparaît la médecine dans toute sa plénitude, grande et majestueuse comme la plus sublime et la plus utile de toutes les sciences humaines.

Mais il faut l'avouer, l'étude de cette belle, de cette noble partie de la médecine, à part quelques travaux isolés, a été complétement négligée en France depuis au moins une quarantaine d'années. Les Pinellistes, les organiciens, les anatomo-pathologistes, les Broussaisiens, les statisticiens, les numéristes, tous, par leurs vues ou leurs doctrines trop exclusives, se sont plus moins opposés aux véritables progrès de la thérapeutique.

Cependant, depuis que le système de l'irritation universelle ou le physiologisme matérialiste est tombé, une ère nouvelle a commencé. Déjà on remarque dans les esprits une tendance générale aux études et aux investigations thérapeutiques; on se lasse enfin d'ouvrir sans cesse des cadavres et de chercher les principes de la vie dans les entrailles de la mort[1]. Le règne de l'anatomisme, c'est-à-dire des nécropsies, des faits et des chiffres, a fait à peu près son temps; on veut aujourd'hui des méthodes de traitement, on veut même des formules et des remèdes : en un mot, on veut de la thérapeutique, parce que, enfin, on veut décidément guérir.

Un besoin de l'époque aetuelle a donc ouvert la voie expérimentale. Cette nécessité, que nous-même nous avions déjà sentie il y a trente ans, frappe aujourd'hui tous les esprits, tant elle est pressante et impérieuse, parce qu'elle est amenée par la foree des choses et la puissance dominatrice de la vérité.

Placé depuis longtemps dans une position médieale qui nous permet d'observer et d'étudier les maladies chroniques sur une vaste échelle, nous avons entrepris, dès le commencement de l'année 1817, une série d'expérienees dans le double but d'instruire nos élèves et de constater l'efficacité ou l'inefficacité des agents ou des méthodes thérapeutiques généralement employées dans les maladies chroniques. Nous avons choisi ces sortes de maladies pour sujets de nos observations et de nos expériences, parce que les maladies ehroniques affluent chez nous journellement des villes, et particulièrement des campagnes, dans un rayon fort étendu (nous appelons iei maladies ehroniques toutes celles qui permettent aux malades de se faire transporter pour recevoir les secours de la médeeine). D'ailleurs l'étude de ees maladies inspire un intérêt particulier, paree que, ici du moins, la puissance de l'art se révèle plus pleinement.

Peut-on aussi bien apprécier la puissance de la médecine dans le traitement des maladies aiguës, comme par exemple dans celui des fièvres dites ***typhoïdes,*** quand on considère que ces sortes de fièvres sont aujourd'hui traitées par des méthodes si différentes entre elles, pour ne pas dire si opposées? Les uns en effet les eombattent par les saignées, les au-

[1] Il y a quelques jours, un jeune doeteur élevé dans les amphithéâtres nous tint à peu près ce langage: « A la vue de tous ces désordres affreux que nous révèlent tous les jours les autopsies cadavériques, nous sommes découragés et détournés de presque tout essai thérapeutique... tout est vu en anatomie pathologique; le cercle est parcouru... il ne nous reste plus que les ***liquides à autopsier.*** » Courage donc, brave et intéressant jeune homme, à l'œuvre: le labeur sera grand, péuible, et peut-être un peu ennuyeux.

tres par les toniques, d'autres par les purgatifs, etc., et tous également vous produisent un gros chiffre de guérisons. Si ces méthodes sont contraires, il s'ensuit que, si une d'elles est utile, la méthode opposée est nécessairement nuisible, tout égal d'ailleurs. Reste donc à savoir quel est le traitement véritablement utile; et c'est là précisément l'inconnue du problème, qui n'est pas encore trouvée.

Quelque malin détracteur de la médecine pourrait dire peut-être : Dans toutes ces guérisons que vous me vantez, la nature a triomphé des maladies et quelquefois peut-être aussi des remèdes; et quant aux morts, les malades ont succombé à la maladie malgré tous vos remèdes, et peut-être quelquefois au *farrago* de vos remèdes; donc, dans tous les cas, l'art de guérir est, dans l'espèce (fièvres typhoïdes), au moins toujours inutile; je n'en ai que faire, et je m'en tiens uniquement à la médecine expectante, c'est-à-dire à la diète et à l'eau.

Cette conclusion finale de notre sévère Aristarque est médicalement illogique; car la médecine purement expectante est souvent insuffisante [1]. Et en effet, dans un très-grand nombre de cas, il est nécessaire de réprimer ou d'exciter les systèmes sanguin et nerveux, quelquefois même de modifier l'appareil digestif et de provoquer de salutaires évacuations. Nous ne blâmons donc point les méthodes en elles-mêmes, mais seulement leur emploi trop exclusif. Nous nous servons de toutes, ou plutôt nous prenons le plus souvent quelque chose dans toutes, c'est-à-dire que nous nous attachons à combattre les accidents ou les symptômes prédominants, ou à remplir les indications culminantes par les moyens que nous croyons les plus appropriés, quels qu'ils soient d'ailleurs.

Ce que nous exposons dans cet opuscule est le résultat abrégé ou le résumé général de près de vingt-cinq ans d'expérimentations thérapeutiques faites sur les agents les plus puissants de la matière médicale.

Nous ne nous sommes pas proposé de dire ce que les autres ont déjà dit ou fait, ni ce qu'ils font ou devraient faire; notre tâche à nous est de rapporter avec simplicité et vérité ce que nous avons fait et vu nous-même. Nous ne parlerons donc en général que de ce que nous croyons

1 Je sais qu'on a vu des épidémies, et moi-même je pourrais en citer, où certains malades, qui n'avaient eu en leur pouvoir que la diète et l'eau, ont néanmoins guéri; tandis que quelques autres, quoique régulièrement traités, n'en ont pas moins succombé. Cela prouve seulement que la médecine expectante pure et simple est quelquefois une bonne méthode; c'est-à-dire que, dans quelques cas, ne rien faire en apparence, c'est réellement faire beaucoup. Et si ces malades ont été guéris sans l'intervention du médecin, ils ne l'ont pas été toutefois sans le concours de la médecine, qui prescrit, comme premier remède dans les maladies aiguës, la diète et les boissons aqueuses.

plus particulier et plus spécial, sinon pour le fond des méthodes curatives, du moins quant à leur forme, leurs modifications ou leur côté posologique [1]. N'acceptez nos données et nos principes qu'après un sérieux et mûr examen, ou plutôt faites-leur subir la rude et sûre épreuve de l'expérience : *experire*. Nous ne prétendons imposer nos convictions à personne ; nous les avons puisées dans l'expérimentation clinique : faites de même à l'égard de nos méthodes de traitement ; vérifiez et éprouvez-les.

— Depuis près de vingt-cinq ans nous avons successivement essayé, chez un grand nombre d'épileptiques, la valériane, les feuilles d'oranger, l'oxyde blanc ou fleur de zinc, le narcisse des prés, le sulfate de cuivre ammoniacal, le nitrate d'argent, les pilules de Méglin, ou leur équivalent, le cyanure de potassium, le croton-tiglium, non comme drastique, mais comme antiépileptique, récemment proposé à ce titre, etc. Ces divers agents thérapeutiques ont généralement produit peu d'effet, quoique administrés à haute dose. L'oxyde de zinc, le nitrate d'argent et la valériane étaient encore les moyens les moins inefficaces. Cependant nous avons fini par les abandonner, comme tous les autres ci-dessus mentionnés, pour recourir à l'extrait de belladone, qui, depuis longues années, est le principal, pour ne pas dire l'unique remède que nous administrions contre l'épilepsie.

L'idée d'avoir recours à ce puissant et héroïque modificateur du système nerveux nous a été suggérée par un fait rapporté par Stoll (*Ratio medendi, pars* III, p. 217). Nous employâmes d'abord l'extrait de belladone uni à l'extrait de jusquiame, et nous fûmes étonné du succès. A la fin nous avons supprimé ce dernier pour nous en tenir uniquement à l'extrait de belladone, et les effets ont été les mêmes. Ce dernier médicament est jusqu'à présent, pour nous, le remède antiépileptique le plus efficace de la matière médicale. Depuis vingt à vingt-cinq ans nous l'avons employé sur peut-être plus de deux cents sujets. Ce chiffre approximatif est fondé sur le calcul d'un malade par mois, ce qui est assurément fort peu, puisque, dans la saison de l'été il nous en vient souvent plusieurs par semaine, et même quelquefois en un seul jour. Eh bien ! sur ce grand nombre d'épileptiques, il ne nous est peut-être pas arrivé une seule fois de donner la belladone sans quelque effet avantageux. Ordinairement les accès sont notablement affaiblis et éloignés, ou suspendus pendant des semaines, des mois ou même des années. Nous

[1] Si, en général, nous employons les médicaments à haute dose, c'est que la plus grande partie de nos malades se compose des habitants de la campagne.

avons vu beaucoup de malades chez qui les accès arrivant tous les mois, toutes les semaines, ou même plusieurs fois par semaine, ont été suspendus pendant six mois, un, deux, trois ans, et même davantage; car plusieurs nous ont déclaré n'être pas encore retombés depuis sept, huit et neuf ans [1]. Il y a environ dix à douze ans, un homme nous dit qu'il n'avait pas eu d'accès depuis onze ans. Il est vrai, nous lui avions donné un petit flacon d'ammoniaque, parce que chez lui on avait constaté l'***aura epileptica***, et c'est ce que nous faisons toutes les fois que les malades ne sont pas pris à l'improviste, et qu'ils ont le temps et la présence d'esprit pour prendre le flacon d'ammoniaque dont ils sont toujours munis. Ce malade, qui se disait guéri depuis onze ans, portait encore sur lui son petit flacon d'alcali volatil. Nous l'avons perdu de vue depuis, ainsi qu'un grand nombre d'autres chez lesquels les accès avaient été suspendus depuis un ou deux ans, et un, entre autres, que nous n'espérions pouvoir soulager par aucun agent thérapeutique. C'était une épilepsie survenue à la suite d'une lésion grave du crâne, une fracture du coronal, avec dépression notable des os brisés; et, chose remarquable, les accès ont cédé à l'administration de la belladone. En général, plus les attaques épileptiques sont rapprochées, plus on est assuré d'en suspendre le cours presque subitement, ou de les éloigner et de les affaiblir notablement; et par contre, les accès qui sont très-éloignés les uns des autres, ou qui ne reparaissent que tous les quatre, cinq ou six mois, sont aussi bien plus difficiles à modifier, c'est-à-dire à amoindrir ou à suspendre. Il faut, dans ces cas, donner les pilules de belladone quelque temps avant l'époque présumée de l'accès prochain.

Ces résultats pratiques ont déjà été constatés en 1822 dans la dissertation inaugurale sur la belladone, par un de nos anciens élèves, M. le docteur Mazier, médecin de l'hospice de l'Aigle (Orne). Nous reviendrons ailleurs sur le mérite et la valeur de cet opuscule, qui est, si je ne me trompe, le premier écrit qui ait paru en France sur la belladone, considérée comme agent thérapeutique. Voici un passage extrait de cette thèse, relatif à l'emploi de la belladone contre l'épilepsie. « M. Debreyne, après avoir essayé tous les traitements indiqués jusqu'à ce jour, et avec des succès variés, s'est convaincu que les fleurs de zinc (oxyde de zinc),

[1] La plupart de ces malades ne sont pas revenus nous consulter. On peut donc croire qu'au moins plusieurs ne sont pas retombés, puisqu'ils n'ont point réclamé un remède qui leur avait été si évidemment utile. Ils n'ont pas pu non plus s'adresser aux pharmaciens, parce que l'ordonnance que nous leur avons délivrée n'indiquait que le mode d'administration, et ne mentionnait aucune indication de substance médicamenteuse ni de formule pharmaceutique, afin de prévenir tout abus.

dont il a obtenu des effets très-satisfaisants comme moyen palliatif, doivent avoir la préférence après la belladone, qui, entre ses mains, a eu des succès étonnants. Parmi les nombreux malades qu'il a traités par l'extrait de belladone, pas un n'a subi le traitement sans une amélioration sensible. Les uns avaient des accès tous les jours, et ont fini par n'en plus avoir que tous les mois, et même moins encore; les autres en avaient moins fréquemment, et ont éprouvé une amélioration sensible; enfin plusieurs ont eu une suspension complète des accès; quelques-uns n'en ont éprouvé qu'au bout d'un an, etc. Il est certain que le nombre des guérisons qu'il a pu obtenir par ce moyen surpasse celui qu'on a obtenu jusqu'à présent avec tout autre. » Ces paroles de M. Mazier n'expriment que l'exacte vérité, bien que cette thèse ait été publiée à notre insu. Nous en indiquerons pourtant ci-après quelques points qui nous paraissent incomplets, ou même empreints d'un certain caractère d'exagération. Nous signalerons aussi quelques prévisions de l'auteur en faveur de la belladone que, jusqu'à présent, nous n'avons pas encore vues se réaliser. La thèse intéressante de M. le docteur Mazier a été publiée il y a près de vingt ans; et maintenant quelle masse de faits nouveaux par devers nous, depuis cette époque, et sur l'épilepsie, et sur une foule d'autres maladies nerveuses graves que nous avons traitées par la belladone!

Nous devons convenir cependant que la belladone est certes bien loin d'être un vrai spécifique contre l'épilepsie; l'expérience, ce juge incorruptible, ne manquerait pas de nous donner un démenti formel. Et, en effet, il nous est assez souvent arrivé de diminuer promptement d'abord l'intensité et la fréquence des accès épileptiques, ou même de les suspendre tout à fait pendant plusieurs mois ou même pendant un an; mais dès lors aussi toute médication ultérieure avec la belladone devenait tout à fait inutile, et restait sans effet appréciable. Nous ajoutons que, dans ces divers cas assez nombreux, les moyens ordinaires, même les plus actifs, demeurent également inefficaces; et si alors nous continuons à traiter ces épilepsies rebelles, nous associons à la belladone ou nous lui substituons une décoction de valériane et de feuilles d'oranger selon la formule ci-après indiquée. Mais, nous ne pouvons le dissimuler, cette nouvelle médication demeure le plus souvent également impuissante, et alors ordinairement nous renonçons à tout traitement pharmaceutique.

On nous opposera peut-être les faits, très-peu concluants en faveur de la belladone, recueillis dans les salles de M. le docteur Ferrus, et rapportés par M. Jules Picard, interne à Bicêtre. Mais cent faits négatifs ne peuvent détruire un seul fait positif. Voici la note ou le résumé des observations de M. Picard, pris dans la *Revue médicale* (1838, t. II, p. 92):

« Depuis le 9 septembre 1837, vingt-deux malades, dans les salles de M. Ferrus, ont été soumis au traitement par la belladone. Chez six d'entre eux elle produisit divers accidents qui ont nécessité l'abandon du traitement au bout de quelques jours. Chez huit autres malades, la belladone a été employée pendant un espace de temps qui a varié de quarante jours à quatre mois et demi. On l'a cessé chez eux, soit à cause de son inefficacité, soit parce que les malades se sont lassés du traitement, soit encore parce qu'ils sont sortis de l'hospice. Les huit autres continuent le traitement. Trois malades ont commencé par quatre grains, quatorze par six grains, un par neuf grains, trois par douze grains. La plus haute dose qui ait été employée a été de dix-huit grains. Sur quatre observations que rapporte M. Picard, il y en a trois dans lesquelles on a vu, sous l'influence de la belladone, les accès d'épilepsie devenir plus rares; il y en a une dans laquelle ce moyen a été inefficace. »

Nous devons exprimer ici notre opinion sur ce genre d'expériences. Ces faits donc, ou plutôt ces expérimentations, nous paraissent entachées d'un double vice : d'abord il est très-probable que l'extrait de belladone employé dans ces divers traitements n'était pas préparé comme le nôtre, mais suivant le procédé ordinaire, c'est-à-dire par l'évaporation lente du jus de la plante sans ébullition. Par ce procédé, l'extrait conserve davantage ses principes volatils, et, par conséquent, il est plus vireux et plus actif que celui par simple décoction de la plante et de la tige vertes. C'est ce dernier procédé que nous suivons constamment pour tous nos extraits, vireux ou non. Il peut donc s'administrer à plus haute dose que l'autre. En second lieu, l'extrait employé à Bicêtre, quoique très-probablement fait par le jus, a pourtant été donné à une dose très-forte, pour ne pas dire toxique. Aussi chez six sujets la belladone a causé des accidents qui ont nécessité l'abandon du traitement; chez huit autres, on a encore renoncé au traitement, soit qu'il parût inefficace, soit que les malades s'en fussent *lassés*, comme on le dit, ou qu'ils aient quitté l'hospice. On n'aurait pas dû dépasser la dose de vingt centigrammes (quatre grains) par jour pour l'extrait sans décoction. On a fait bien plus : on a commencé la dose par vingt, trente, quarante, et même jusqu'à soixante centigrammes (douze grains) par jour ; dose que l'on a portée quelquefois jusqu'à un gramme (dix-huit grains). Il est extrêmement probable, selon nous, que ces doses excessives, perturbatrices et quasi-toxiques, sont la véritable cause de ces insuccès; et nous demeurons persuadé que, si l'on eût administré l'extrait de belladone fait par simple décoction aqueuse de la plante verte, et à la dose seulement de vingt ou trente centigrammes au plus par jour (quatre ou six grains), on en eût certainement obtenu chez tous des avantages plus ou moins marqués, sans produire d'accident chez aucun.

Ceci était écrit quand nous avons eu connaissance de l'excellent ouvrage de thérapeutique de M. Trousseau. Ce savant professeur mentionne aussi ces vingt-deux faits de Bicêtre. Mais, ce qui est au moins bien singulier, il paraît les citer pour prouver l'efficacité de la belladone contre l'épilepsie. Il rapporte (t. II, p. 72, 2e édition) que Greding n'a point guéri d'épilepsie[1] par la belladone, mais qu'il en a singulièrement amendé les accidents; et il ajoute que les vingt-deux faits de Bicêtre *confirment l'observation de Greding*, c'est-à-dire apparemment qu'ils ont *aussi singulièrement amendé les accidents*. Quant à nous, comme on l'a vu plus haut, nous rapportons les faits de Bicêtre dans un but contraire, ou du moins comme objection à nous opposer. D'après l'analyse ci-dessus rapportée, ces *succès* ne paraissent fondés que sur trois cas (de vingt-deux) où les accès sont seulement devenus plus rares. Si nous n'avions eu que de pareilles observations à produire en faveur de la belladone, l'idée de les citer ne nous serait certes jamais venue, à moins toutefois que ce n'eût été pour constater, sinon la *nocuité* de la plante, du moins sa nullité thérapeutique. Nous ne devons donc accepter ces *succès* obtenus à Bicêtre qu'à titre d'expérimentations nulles, ou du moins d'une valeur fort équivoque. Nous signalons ce point d'observation expérimentale, afin que le lecteur ne soit pas tenté d'assimiler nos succès à ceux obtenus à Bicêtre.

Il est inutile de faire observer que nous ne prescrivons la belladone que contre les épilepsies qui nous paraissent essentielles, c'est-à-dire indépendantes de toute cause matérielle appréciable.

Si dans l'épilepsie symptomatique, après la destruction de la cause, les accès persistaient encore par une sorte d'habitude nerveuse, on les combattrait avec avantage par la belladone, et surtout, à son défaut ou à son insuffisance, par le quinquina seul ou associé à la valériane.

Voici maintenant la formule d'après laquelle, depuis près de vingt-cinq ans, nous employons l'extrait de belladone contre l'épilepsie et autres affections convulsives ou nerveuses qui lui ressemblent plus ou moins.

Prenez :	Extrait de belladone (par simple décoction aqueuse).	4 gramm. (1 gros.)
	Poudre de gomme arabique. . .	2 gramm. (1/2 gros).
	Poudre inerte, quantité suffisante	120 pilules[2].

[1] Nous ne connaissions pas les observations de Greding, consignées dans Murray (*Apparat. medicam.*).

[2] Que l'on ne soit pas surpris si, dans nos formules, nous entrons dans quelques détails de manipulation et d'emploi. C'est uniquement en faveur

Mode d'administration. On prend une pilule le premier jour, deux le second, et on augmente d'une chaque jour jusqu'à six en vingt-quatre heures, deux matin, midi et soir, et une ou deux heures avant le repas. On continue ainsi, si l'on n'éprouve point un trouble notable dans la vue. Si ce trouble se manifeste, on diminue la dose, ou on cesse tout à fait pendant quelques jours. Si l'on n'observe aucune altération dans la vue ni autres effets fâcheux, on pourra porter la dose à huit ou neuf pilules, ce qui fera trente centigrammes (six grains) d'extrait de belladone par jour.

Voici enfin la formule de la décoction de valériane que nous avons employée quelquefois seule ou conjointement avec la belladone, reconnue inefficace ou insuffisante.

Prenez : Racine de valériane. . . 500 gramm. (1 livre).

Partagez en quinze paquets égaux. A chaque paquet on ajoutera une pincée de feuilles d'oranger ; on le fera bouillir à vaisseau clos pendant une minute dans un litre d'eau, et on laissera infuser pendant une demi-heure. A prendre en quarante-huit heures, un fort verre matin, midi et soir, et une heure avant les repas. Nous avons remplacé quelquefois la décoction par la poudre, à la dose de quinze grammes (demi-once) par jour, sans guère plus de succès[1].

B. J. C. Debreyne.

RECHERCHES SUR L'EMPLOI DES PURGATIFS RÉPÉTÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les médecins qui voudront bien lire cet article s'attendront peut-être à y trouver un historique de tous les traitements employés contre la fièvre typhoïde, une comparaison entre eux, enfin la préférence accordée aux purgatifs se déduisant d'expériences et de faits nouveaux. Si telle est leur opinion, ils seront probablement trompés dans leur attente; je ne viens point ici, en effet, critiquer certaines méthodes et en préconiser une autre (l'emploi des purgatifs); tel n'est en aucune manière mon pro-

des médecins des campagnes, qui souvent sont obligés de préparer eux-mêmes leurs médicaments.

[1] Le travail de M. Debreyne, dont voilà le premier chapitre, est fort étendu, et contient le résumé de sa pratique touchant une foule de maladies chroniques, qu'il a divisées sous les trois chefs suivants : 1° Névroses, 2° phlegmasies, 3° asthénies. Ce que cet honorable confrère dit de l'action de la belladone dans l'épilepsie mérite une grande considération, car c'est un homme instruit et de bonne foi; cependant nous désirons que les résultats qu'il annonce soient confirmés par d'autres praticiens. (*Note du rédacteur.*)

jet. M. Andral, dans le cours de l'année 1839, ayant résolu de soumettre une série donnée de malades atteints de fièvre typhoïde à l'emploi fréquemment répété des purgatifs, j'ai recueilli les observations de ces individus; ils sont au nombre de quarante-sept, tous pris au hasard et au fur et à mesure de leur entrée, c'est-à-dire quels que soient le degré de la maladie, son intensité et les symptômes observés. Ce que je viens donc présenter ici, c'est le résultat de l'influence du traitement des purgatifs répétés sur cette série de cas choisis au hasard; ce sont, en un mot, des matériaux qui plus tard pourront être mis en œuvre pour l'histoire à faire du traitement de la fièvre typhoïde. Je ne jugerai donc aucune méthode, aucun résultat; je présenterai les chiffres fournis par cette série de malades, et, plus tard, les ajoutant à d'autres fournis par l'emploi des purgatifs chez d'autres malades atteints également de fièvre typhoïde, mais observés dans d'autres temps, dans d'autres lieux; puis, les comparant ensuite avec les chiffres soumis par l'emploi de la méthode antiphlogistique, de la méthode expectante, etc., etc.; on pourra peut-être en tirer des conclusions utiles à connaître pour le traitement de cette maladie. Mais il faut pour cela des chiffres nombreux, et, en attendant, la série de faits dont je donne le résultat sera une pierre à l'édifice. Avant de présenter les *résultats* fournis par l'emploi des purgatifs, il est indispensable que j'entre dans quelques détails un peu circonstanciés sur les malades qui ont été traités par cette méthode, sur les causes de l'affection, son degré d'intensité, la nature des symptômes; je dis que cela est indispensable, parce que pour juger une méthode de thérapeutique il faut parfaitement connaître les malades qui y ont été soumis. — Quarante-sept individus atteints de fièvre typhoïde ont été traités par les purgatifs répétés; ces quarante-sept cas doivent être divisés en trois séries, et à chaque instant, pour l'interprétation des phénomènes, nous aurons besoin d'invoquer cette division.

La première série comprend les fièvres typhoïdes dites *légères*. Elle contient douze malades. Les cas compris dans cette section sont encore considérés aujourd'hui par quelques praticiens comme des embarras gastriques, mais ils en diffèrent par les caractères suivants : 1° les symptômes généraux sont plus caractérisés, la courbature est plus forte, la céphalalgie également; 2° les symptômes locaux sont assez nets, assez caractérisés, et ils sont autres que dans le simple embarras gastrique. Tels sont la douleur dans la région iléo-cœcale, douleur augmentée par la pression, le gargouillement dans cette même région. Quelquefois, mais non toujours, les taches rosées lenticulaires, les sudamina sont moins constants. Enfin, la diarrhée au lieu de la constipation, qui cependant existe assez souvent au début de la fièvre typhoïde. 3° La fièvre manque

souvent dans l'embarras gastrique, tandis qu'elle est un des caractères de l'affection typhoïde. 4° La durée de la fièvre typhoïde légère est plus longue que celle de l'embarras gastrique, et jamais elle ne disparaît rapidement par l'emploi d'un vomitif ou d'un purgatif, comme cela a lieu très-souvent dans cette dernière maladie. 5° Enfin, dans les fièvres typhoïdes légères, il y a quelquefois des épistaxis.

La deuxième série comprend les cas de fièvres typhoïdes dites de médiocre intensité : vingt-un malades y sont compris.

Enfin, la troisième série comprend les cas graves : elle contient quatorze individus, dont six ont succombé.

Causes de la fièvre typhoïde dans les quarante-sept cas.

Je ne m'occuperai ici que de quelques résultats qui peuvent éclaircir des questions encore pendantes. Ce sont celles relatives au sexe, à l'âge, aux professions, à l'époque de l'arrivée à Paris et aux conditions hygiéniques.

1° *Sexe.*— Il y eut 29 hommes et 18 femmes. Des 29 hommes, 6 sont dans la première série, 12 dans la deuxième, et 11 dans la troisième. Des 18 femmes, 6 sont dans la première série, 9 dans la deuxième, et 3 dans la troisième.

2° *Age.*— 3 étaient âgés de 16 ans (1 homme et 2 femmes), 2 de 17 ans (2 hommes), 5 de 18 ans (4 hommes 1 femme), 3 de 19 ans (2 hommes 1 femme), 3 de 20 ans (2 hommes 1 femme), 2 de 21 ans (1 homme 1 femme), 3 de 22 ans (1 homme 2 femmes), 10 de 23 ans (7 hommes 3 femmes), 3 de 24 ans (3 femmes), 6 de 25 ans (4 hommes 2 femmes), 2 de 26 ans (2 hommes), 1 de 27 ans (1 homme), 2 de 29 ans (2 femmes), 1 de 36 ans (1 homme), 1 de 42 ans (1 homme). Ainsi, la fréquence de la maladie fut surtout entre seize et trente ans. Le quart des individus atteints avait vingt-trois ans. Cela concorde avec les résultats déjà connus et vient les confirmer.

3° *Professions.*—Les 29 hommes présentèrent les professions suivantes : 2 menuisiers, 2 boulangers, 3 cordonniers, 3 terrassiers, 1 cloutier, 1 paveur, 1 cirier, 1 porteur d'eau, 3 garçons marchands de vins, 1 commis marchand, 1 commissionnaire, 1 maçon, 1 garçon restaurateur, 2 peintres en bâtiments, 1 ferblantier, 2 cuisiniers, 1 tourneur, 1 rémouleur. Les 18 femmes présentaient les suivantes : 7 couturières ou lingères, 5 domestiques, 1 journalière, 1 marchande de fruits, 1 brunisseuse, 1 polisseuse, 1 gantière, 1 charbonnière.

4° *Epoque de l'arrivée à Paris.*—Les rapports ont été les mêmes dans les trois séries, c'est-à-dire qu'en général, mais non pas toujours, les malades atteints de fièvre typhoïde n'avaient pas deux ans de séjour à

Paris; aussi je les examinerai en masse et sans étudier cette époque dans chacune des trois séries. A Paris, depuis l'enfance 2 cas, depuis 12 ans 1 cas, depuis 7 ans 1 cas, depuis 5 ans 1 cas, depuis 6 ans 1 cas, depuis 4 ans 4 cas, depuis 3 ans 2 cas, depuis 2 ans 7 cas, depuis 1 an 3 cas, depuis 20 mois 1 cas, depuis 18 mois 8 cas, depuis 9 mois 2 cas, depuis 8 mois 2 cas, depuis 7 mois 1 cas, depuis 6 mois 1 cas, depuis 4 mois 2 cas, depuis 3 mois 3 cas, depuis 2 mois 2 cas, depuis 1 mois 2 cas.

5° *Les conditions hygiéniques* ont en général été satisfaisantes, ils vivaient assez bien pour leur condition, c'est-à-dire celle d'ouvriers.

6° *La santé antérieure*. — Elle avait été en général bonne. Une fois le malade avait eu, quinze jours avant, une variole; une fois le malade avait, depuis six mois et surtout depuis cinq, une diarrhée purulente; dans un cas enfin, le malade était légèrement chlorosique.

7° *Causes occasionnelles*. — Le plus souvent les malades n'en ont annoncé aucune. Dans le petit nombre que je vais donner, elles m'ont semblé n'avoir eu que peu d'influence sur la production de la maladie, et elles n'ont agi tout au plus que comme cause déterminante; cinq fois seulement sur les quarante-sept cas les malades ont rapporté leur maladie à une cause occasionnelle. Dans un des cas de la première série, le malade l'attribuait à un voyage à pied depuis Calais jusqu'à Paris. Dans trois de la deuxième série, les malades l'attribuent à un refroidissement. Et dans un, une femme prétendit que la cause de la maladie avait été une frayeur très-vive.

Mode de début. — Il n'a en général présenté aucune anomalie. Tantôt le début a été assez rapide; dans d'autres cas il a été précédé, pendant un certain temps, de prodromes ou de phénomènes peu intenses qui n'indiquaient encore qu'un trouble léger dans la santé; c'est ce qui eut lieu dans neuf des quarante-sept cas.

Epoque de l'entrée. — Il est important de préciser à quelle date précise du début a lieu l'entrée des malades à l'hôpital, car le traitement ne peut être compté qu'à partir de cette époque. En général, les malades sont entrés du sixième au neuvième jour de la maladie. Voici, du reste, le résultat de l'examen de nos quarante-sept observations : entrés au 2e jour 1 cas, au 3e jour 2 cas, au 4e jour 4 cas, au 5e jour 2 cas, au 6e jour 10 cas, au 7e jour 6 cas, au 8e jour 4 cas, au 9e jour 9 cas, au 10e jour 3 cas, au 12e jour 1 cas, au 15e jour 1 cas, au 16e jour 2 cas, au 18e jour 1 cas; la moyenne est le huitième jour.

Symptômes. — Il est inutile de les analyser ici. Je dirai seulement que, dans tous les cas, les symptômes abdominaux ont existé, et qu'aucun cas n'a été inscrit comme fièvre typhoïde, s'il n'avait présenté pendant la vie ce caractère important et fondamental de douleur iléo-cœcale

augmentant par la pression. Le gargouillement dans la région iléo-cœcale et quelquefois le ballonnement sont venus s'y joindre. L'état de la langue, comme l'abondance et les changements de nature des selles, sont des phénomènes qui ont beaucoup varié, comme cela arrive dans toutes les fièvres typhoïdes.

Éruption de taches rosées lenticulaires.— Leur nombre, leur intensité, leur existence même ont beaucoup varié. Elles ont, en général, paru du septième au neuvième jour. Sur les quarante-sept cas les taches rosées ont existé vingt-trois fois (les malades étaient toujours examinés tous les jours sous ce rapport). Elles se sont quelquefois montrées en rapport avec la gravité de la maladie; il n'en fut pas toujours ainsi. Dans la première série (12 cas légers) une seule fois des taches rosées lenticulaires; dans la deuxième (21 médiocres) douze fois des taches rosées; enfin, dans la troisième série (14 cas graves) dix fois. On peut se demander si, dans tous ces cas, elles n'avaient pas existé avant l'entrée des malades.

Sudamina. — L'appariton des sudamina n'a pas été fréquente; ils n'ont été trouvés que onze fois sur les quarante-sept cas: cinq fois dans la deuxième série sur vingt-une, et six fois dans la troisième sur quatorze.

Dans aucun cas il n'y eut d'hémorrhagie intestinale.

Symptômes du côté de la poitrine.— Dans la plupart des cas, il y eut des signes annonçant une congestion sanguine pulmonaire et bronchique; tels furent la toux, un peu d'expectoration muqueuse, des râles ronflants et sibilants, quelquefois mêlés de muqueux à la partie postérieure des deux poumons. Dans nos quarante-sept cas, tout symptôme thoracique n'a manqué que dans treize cas. Dans un certain nombre, il y eut prédominance de la forme bronchique et signes d'une bronchite intense: toux pénible, expectoration muqueuse, dyspnée, râles plus abondants et souvent râle sous-crépitant; sur les quarante-sept cas, douze fois ces phénomènes pathologiques ont été observés comme complications. Les treize cas dans lesquels il n'y eut aucun symptôme du côté de la poitrine ont été ainsi répartis: 7 fois dans la première série (cas légers), 5 fois dans la deuxième (cas médiocres), 1 fois dans la troisième (cas graves). Les douze cas dans lesquels il y eut prédominance et exagération des phénomènes bronchiques, furent: première série 0 cas, deuxième série 9 fois, troisième série 3 fois; sur ces trois derniers cas il y eut une pneumonie à laquelle succéda le développement d'une tuberculisation aiguë; la malade sortit non guérie et avec de la fièvre; elle aura probablement succombé plus tard.

Fièvre.— L'intensité du mouvement fébrile a présenté les plus grandes variétés; nous prendrons tout à l'heure la durée de la période fébrile pour fixation du terme de la maladie. La température de la peau a été

constamment mesurée, dans les quarante-sept cas, tous les jours, le matin, en plaçant sous l'aisselle droite du malade un thermomètre centigrade. La température de cette région n'a jamais dépassé 40,5 centigrades, ni descendu au-dessous de 38.

Symptômes nerveux. — Dans beaucoup de cas, les symptômes observés ont été ceux que l'on assigne ordinairement à toutes les fièvres typhoïdes : ainsi, au début, céphalalgie, vertiges, tintements d'oreilles, brisement des membres, etc., etc., ce furent là les cas les plus ordinaires; mais quelquefois aussi ils prirent une plus grande intensité, et alors donnèrent à la maladie une physionomie spéciale. Sous ce rapport, l'examen des quarante-sept cas a donné les résultats suivants : dans la première série (12 cas) 1 fois absence complète des symptômes nerveux, 1 fois forme arthritique (douleurs des membres et des jointures); dans la deuxième série (21 cas) 1 fois forme arthritique, 1 fois prédominance de forme ataxique (délire surtout), 1 fois prédominance de forme adynamique; dans la troisième série (14 cas graves dont 6 morts) 2 fois aucune prédominance, les malades ont guéri, 2 fois prédominance de forme ataxique; dans un de ces deux cas il y eut de violentes convulsions; 7 fois il y eut prédominance de forme adynamique, enfin 3 fois il y eut prédominance de forme ataxo-adynamique.

Complications. — Indépendamment de ce que j'ai dit des complications de bronchites, de pneumonie avec tuberculisation aiguë, et des symptômes nerveux, on observa, 1 fois la transformation de la fièvre typhoïde en fièvre intermittente, laquelle guérit par l'emploi du sulfate de quinine, 2 fois un érysipèle de la face dans deux cas graves; ils vinrent probablement hâter la terminaison fatale; 1 fois une perforation intestinale, 1 fois tous les symptômes d'une perforation. Mais existait-elle? On ne peut l'affirmer positivement. Ils cédèrent à l'emploi de l'opium; on alla seulement jusqu'à 35 centigrammes en un seul jour, et il y eut un narcotisme léger.

Durée de la maladie. — 1° *Période fébrile.*

1re *série.* — Elle donne les résultats suivants dans les 12 cas : 1 fois 7 jours, 1 fois 8 jours, 4 fois 11 jours, 1 fois 14 jours, 4 fois 15 jours, 1 fois 20 jours. Durée moyenne de la fièvre 12 jours 1/2.

2e *série.* — (21 cas) : 1 fois 10 jours, 1 fois 13 jours, 3 fois 14 jours, 2 fois 15 jours, 3 fois 16 jours, 2 fois 17 jours, 3 fois 19 jours, 2 fois 20 jours, 3 fois 21 jours, 1 fois 22 jours. Durée moyenne de la fièvre, 17 jours.

3e *série.* — (14 cas, dont 6 morts).

1° 8 *cas de guérison.* — 2 fois 20 jours, 1 fois 21 jours, 1 fois

23 jours, 1 fois 27 jours, 1 fois 29 jours, 1 fois 31 jours, 1 fois 34 jours. Durée moyenne 26 jours 1/2.

2° 6 *cas suivis de mort*. — 1 fois 6 jours, 1 fois 9 jours, 1 fois 11 jours, 1 fois 28 jours, 1 fois 40 jours, 1 fois 58 jours. Durée moyenne des 14 cas graves 26 jours 1/2, la même que dans la série précédente.

Convalescence. — Je ne puis donner à cet égard aucun chiffre, car il y eut trop de variété; je dirai seulement que la convalescence a été beaucoup plus longue, beaucoup plus pénible et beaucoup plus exposée aux rechutes lorsque la maladie était grave, tandis qu'au contraire elle était peu longue et souvent de peu de jours de durée dans la 1re série, c'est-à-dire dans les cas légers.

Terminaisons. — 1re série (12 cas légers. Guérison en 12 jours 1/2, terme moyen.

2e série (21 cas). Guérison en 17 jours, terme moyen.

3e série (14 cas). 6 morts en 26 jours 1/2, 1 tuberculisation aiguë restée non guérie; 7 cas guéris en 26 jours 1/2.

Il y eut en résumé 1 mort sur 8 cas.

Traitement. Les 47 malades sans aucune exception ont été soumis au même traitement, posé sur les mêmes bases que voici :

Le lendemain de l'entrée, que la maladie fût grave ou légère, et quelle que fût sa forme, on prescrivait 0,1 décigr. de tartre stibié. Ce médicament produisait en général plusieurs selles et plusieurs vomissements; le lendemain et ensuite les jours suivants *sans aucun intervalle*, on prescrivait des purgatifs, et on les continuait tant que la fièvre et les accidents persistaient. On doit toutefois noter un fait important, c'est qu'on n'a jamais dépassé 16, 17 ou 18 purgatifs, parce que lorsqu'on arrivait à ce nombre, que les malades fussent guéris ou non, on cessait leur emploi. Les purgatifs employés presque exclusivement furent l'eau de Sedlitz; on en donnait une bouteille par jour; elle contenait 30 grammes (8 gros), de sulfate de magnésie; ce n'était que vers la fin, et lorsque ce médicament semblait ne plus produire d'effet, qu'on la prescrivait à 45 grammes.

Quelquefois, mais seulement pour varier, lorsque les malades étaient trop dégoûtés, on prescrivait 60 grammes d'huile de ricin, ou bien quelquefois 0,6 décigr. de calomel en 2 ou 3 doses, et une heure après la dernière dose, un verre d'eau de Sedlitz.

Dans quelques cas enfin, on prescrivait une potion purgative ainsi composée : 8 grammes de follicules de séné dans 125 grammes d'eau bouillante; on ajoutait : sulfate de soude 15 grammes, et sirop de nerprun 30 grammes. Ainsi, comme on le voit, ce furent toujours de légers

purgatifs, mais jamais des purgatifs drastiques. Voici maintenant le nombre de purgatifs employés chez chaque malade et dans chaque série; nous comprenons comme tel l'éméto-purgatif du premier jour, 0,1 de tartre stibié.

1re *série*. — Cas légers (12 cas). On a employé le nombre de purgatifs suivant : 1 fois 3 purgatifs, 6 fois 4 purgatifs, 3 fois 5 purgatifs, 2 fois 6 purgatifs; la moyenne fut 4 purgatifs 1/2.

La durée de la fièvre à l'hôpital, depuis l'entrée jusqu'à la cessation, fut la suivante : 6 fois 4 jours, 3 fois 5 jours, 1 fois 6 jours, 1 fois 8 jours, 1 fois 9 jours, la moyenne fut 5 jours. Nous avons vu que la durée totale de la période fébrile était de 12 jours 1/2.

2e *série*. — (21 cas de médiocre intensité). Les purgatifs employés furent ainsi répartis : 2 fois 4 purgatifs, 1 fois 5 purgatifs, 2 fois 6 purgatifs, 7 fois 7 purgatifs, 4 fois 8 purgatifs, 2 fois 10 purgatifs, 2 fois 11 purgatifs, 1 fois 12 purgatifs. Le nombre moyen des purgatifs employés fut de 8.

La durée de la fièvre depuis l'entrée jusqu'à la cessation de l'accélération du pouls et de la chaleur de la peau, fut la suivante : 1 fois 4 jours, 1 fois 6 jours, 5 fois 7 jours, 4 fois 8 jours, 4 fois 11 jours, 3 fois 22 jours, 1 fois 13 jours, 1 fois 15 jours, 1 fois 16 jours.

La durée moyenne fut de 10 jours; on doit se rappeler que la durée totale depuis le début de la maladie avait été de 17 jours.

3e *série*. — (14 cas graves, dont 6 suivis de mort); voilà ce qui eut lieu dans les 8 cas où il y eut guérison; 2 fois on employa 11 purgatifs, 2 fois 12 purgatifs, 2 fois 14 purgatifs, 2 fois 16 purgatifs.

Dans les cas suivis de mort, 2 fois on prescrivit 3 purgatifs, 1 fois 7 purgatifs, 1 fois 10 purgatifs, 1 fois 14 purgatifs, 1 fois 21 purgatifs. La moyenne fut 13 purgatifs dans les cas de guérison, la moyenne 10 purgatifs dans les cas de mort.

La durée de la fièvre fut à l'hôpital ce qui suit : 1 fois indéterminée, 1 fois 13 jours, une fois 15 jours, une fois 17 jours, 1 fois 20 jours, 1 fois 24 jours, 1 fois 27 jours, 1 fois 29 jours. La moyenne fut 20 jours.

Dans les cas de mort : 2 fois 4 jours, 1 fois 10 jours, 1 fois 11 jours, 1 fois 35 jours, 1 fois 52 jours. La moyenne fut 19 jours.

Résumé et conclusion.

Durée moyenne de la période fébrile totale.	1re série, 12 jours 1/2.	
	2e série, 17 jours.	
	3e série.	8 guérisons, 26 j. 1/2.
		6 morts, 19 jours.

Durée moyenne de la période fébrile pendant le séjour à l'hôpital. . . .	1re série,	5 jours 1/2.
	2e série,	10 jours.
	3e série.	6 morts, 19 jours.
		8 guérisons, 20 jours.
Nombre de purgatifs employés (moyenne).	1re série,	4 purgatifs 1/2.
	2e série,	8 purgatifs.
	3e série.	6 morts, 10 purgatifs.
		8 guérisons, 13 purg.

Comme résultat général, nous avons donc 1 mort sur 8 malades à peu près, et cela dans des cas de fièvres typhoïdes bien caractérisées, et dont le diagnostic ne pouvait être mis en doute. Cette proportion est peu considérable, et ce résultat général doit être considéré comme favorable à l'emploi des purgatifs; on peut d'autant plus compter sur ce résultat que, comme je l'ai dit en commençant, ce sont tous des cas pris au hasard; ce furent tous des malades entrés à la Charité, salles Saint-Louis et Sainte-Marthe, dans l'espace de dix mois.

Plusieurs autres questions se présentent, et que nous pouvons décider par les 47 observations qui font la base de ce travail; nous les passerons successivement et rapidement en revue.

1° *Quelle a été l'influence des purgatifs répétés sur les symptômes.* — Chez les malades présentant de la constipation, ils ont déterminé de la diarrhée qui a persisté pendant une partie ou même pendant toute la maladie. La langue s'est en général nettoyée, et l'enduit qui la recouvrait diminuait. Notons toutefois que leur influence a été beaucoup moins caractérisée lorsque la langue était desséchée, rougeâtre et fuligineuse. La grande sécheresse de la langue a souvent été une circonstance qui a fait suspendre pendant un ou deux jours l'emploi des purgatifs; on les reprenait ensuite chez les malades atteints de diarrhée avant l'administration des purgatifs, l'abondance des selles n'a presque toujours été notablement augmentée que le premier jour, et ce premier jour où l'on administrait un éméto-purgatif (tartre stibié 0,1), elles s'accompagnaient en général de plusieurs vomissements qui présentaient le caractère bilieux. Les selles n'ont que rarement augmenté d'abondance et de fréquence sous l'influence des purgatifs; jamais elles ne sont devenues très-pénibles et accompagnées de vives épreintes, jamais non plus on ne les a vues déterminer des hémorrhagies intestinales. Les douleurs de ventre, et en particulier celles de la région iléo-cœcale m'ont semblé très-peu influencées par les purgatifs; elles sont en général restées ce qu'elles étaient avant. Il en fut souvent de même du gargouillement perçu dans cette région, qui, chez les individus traités par les purga-

tifs comme chez les malades atteints de fièvre typhoïde et traités par toute autre méthode, a présenté les plus grandes variétés sous le rapport de son apparition et de sa disparition, de sa durée, de son intensité, etc., etc. En un mot, et pour résumer l'influence des purgatifs sur les symptômes abdominaux, je dirai qu'ils m'ont semblé plutôt les améliorer et diminuer leur intensité, que d'avoir agi dans le sens contraire.

Les symptômes du côté de la poitrine, ne m'ont pas semblé influencés par cette médication.

La fièvre n'a pas été abrégée dans sa durée, quelquefois elle est restée ce qu'elle était, et le pouls a conservé les mêmes caractères, la même fréquence pendant toute la durée de la période fébrile. Mais quelquefois aussi il a semblé diminuer de fréquence pendant l'emploi des purgatifs. La chaleur de la peau a offert les mêmes variétés, tantôt restant ce qu'elle était avant, jamais augmentée, quelquefois diminuée. En un mot, la fièvre n'a jamais augmenté d'intensité; elle est restée souvent ce qu'elle était avant; mais quelquefois aussi elle a notablement diminué. Les purgatifs n'ont exercé aucune influence sur les sueurs qui ont pu survenir. J'ai vu entre autres un jeune homme de vingt-trois ans qui pendant toute la durée de la période fébrile présenta des sueurs continuelles et très-abondantes; il prit un grand nombre de purgatifs (12), et les sueurs ont toujours été aussi abondantes et aussi continuelles.

Les symptômes nerveux ont été en général peu influencés. Ainsi la céphalalgie a conservé à peu près les mêmes caractères malgré l'emploi des purgatifs. Il en a été de même des étourdissements et des bourdonnements d'oreilles, qui ont cependant quelquefois diminué d'intensité en même temps que la fièvre diminuait également sous l'influence de la répétition des purgatifs. La stupeur, l'abattement, la courbature, le brisement des membres n'ont subi en général aucune amélioration par l'emploi de ces moyens thérapeutiques.

2° ***Quelle a été l'influence des purgatifs sur l'état général des malades, ou la somme des symptômes qu'ils présentaient.*** — Je pense qu'on peut la résumer en disant : dans les cas très-graves, elle a été nulle; dans les cas un peu moins graves, quoique très-fâcheux cependant, et dans les cas de médiocre intensité, il a semblé s'améliorer, et la somme de symptômes a paru diminuer d'intensité à mesure qu'on répétait les purgatifs.

3° ***Quelle est l'influence sur la durée.*** — La durée de la fièvre typhoïde ne m'a pas semblé abrégée par l'emploi des purgatifs. C'est ce que démontrent les résultats statistiques donnés plus haut.

Pour résumer tout ce travail, je poserai une seule conclusion portant sur les 47 cas que j'ai observés; l'emploi des purgatifs doux et fré-

quemment répétés n'a pas abrégé la durée de la fièvre typhoïde, mais en général il a diminué l'intensité et l'acuité des symptômes, rendu la maladie moins grave, ce qui cependant n'a pas eu lieu dans tous les cas; mais dans ces derniers cependant, jamais ils n'augmentèrent les accidents et n'en déterminèrent de nouveaux : leur influence fut alors seulement nulle.

A. Becquerel.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA MÉTHODE ECTROTIQUE OU ABORTIVE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES OPHTHALMIES EN GÉNÉRAL ET DES OPHTHALMIES PURULENTES EN PARTICULIER,

Par M. Bernard, D. M. à Champeaux (Seine-et-Marne).

(Mémoire qui a obtenu le second accessit au concours du *Bulletin de Thérapeutique* pour 1841 (*Extrait*).

La description exacte et détaillée, raisonnée et minutieuse de cette méthode est le but principal que nous désirons atteindre. Si nous n'avons décrit que très-rapidement et si nous n'avons fait pour ainsi dire qu'esquisser jusqu'ici à grands traits les ophthalmies en général, ainsi que les transformations organiques qui en sont la fréquente conséquence, c'est que nous n'avions point la prétention d'essayer de reproduire mieux que d'autres ce qui a été tant de fois et si bien décrit par une foule d'auteurs recommandables; nous n'avons voulu que rappeler sommairement les cas auxquels le même mode de traitement pouvait être avantageusement applicable, et c'est ce mode que nous désignons sous le nom de méthode ectrotique ou abortive, et qui fait l'objet de notre étude.

Toutes les fois qu'un moyen nouveau, pour la guérison d'une maladie quelconque, est annoncé et préconisé par-dessus tous les autres, il excite ordinairement la curiosité et la défiance des praticiens, qui ont été si souvent dupes d'une foule de moyens curatifs, élevés si haut d'abord, puis bientôt après tombés si bas. C'est donc avec une grave réserve qu'un médecin observateur doit accueillir un agent thérapeutique nouveau, tant que l'expérience pratique n'a pas définitivement prononcé, quelle que soit l'autorité scientifique et la célébrité du nom qui le présente avec faveur.

La première fois que nous eûmes connaissance du traitement employé à l'hôpital de la Charité, dans le service du professeur Velpeau, et qui

consiste dans la cautérisation par le nitrate d'argent dans toutes les conjonctivites aiguës ou chroniques, inflammatoires ou atoniques, et à toutes les périodes de la maladie, nous ne pûmes nous défendre d'un sentiment de répulsion pour un traitement en apparence si empirique et si contraire aux idées généralement admises sur cette inflammation. Aussi, bien que l'occasion nous fût offerte plusieurs fois d'expérimenter cette méthode curative, nous n'osâmes pas engager notre responsabilité en l'employant; et les antiphlogistiques, malgré leurs inconvénients déjà signalés, eurent encore pourtant notre préférence. Si le traitement suivi en pareille circonstance nous paraissait insuffisant pour la prompte guérison du malade, du moins nous avions la conscience de ne pas lui nuire et de ne pas courir le danger d'augmenter l'intensité de la phlegmasie.

Peut-être eussions-nous ainsi continué longtemps encore à marcher, par prudence, dans la route ancienne, sans une circonstance inattendue et favorable qui vint soudainement s'offrir à nos moyens d'expérimentation.

Le 16 juin 1839, nous avions pratiqué par abaissement l'opération de la cataracte sur un vieillard de quatre-vingt-deux ans, le sieur Prou, cultivateur à Aubigny. Le cinquième jour, ayant examiné l'œil opéré (le malade jusque-là n'avait manifesté aucune douleur), nous fûmes péniblement surpris en voyant que cet œil avait acquis le double du volume de l'autre. En écartant les paupières, nous aperçûmes une énorme chémosis : la conjonctive formait au-dessus de la paupière inférieure un bourrelet rouge, dur et tendu comme une corde, de la grosseur d'un tuyau de plume, et occupait l'œil dans toute sa longueur d'un angle à l'autre. Nous employâmes aussitôt, mais sans succès, quoiqu'avec la plus grande énergie, le traitement antiphlogistique : deux saignées abondantes coup sur coup, 80 sangsues appliquées sur le trajet de la jugulaire et sur la région temporale, des purgatifs drastiques, de larges vésicatoires aux extrémités pelviennes, une diète sévère, un repos absolu et une obscurité complète dans la chambre du malade, tels furent les moyens que nous employâmes dès le début de l'ophthalmie; mais tout fut inutile, rien ne put enrayer la marche de la phlegmasie. La cornée transparente devint opaque, jaunâtre, et s'ouvrit pour donner issue aux humeurs : l'œil était perdu sans espoir.

Le douzième jour, l'œil avait diminué de volume par suite de l'écoulement des humeurs; mais le boursouflement de la conjonctive était aussi grand et faisait saillie entre les deux paupières, de telle sorte qu'à la douleur d'un insuccès se joignait encore la crainte d'une difformité consécutive.

Nous essayâmes les scarifications profondes et nombreuses à plusieurs

fois avec la lancette ; mais le boursouflement de la conjonctive n'en continuait pas moins à empêcher la paupière supérieure de recouvrir l'œil. Alors nous pratiquâmes l'excision de la conjonctive et d'une partie de la caroncule lacrymale. Ce moyen parvint enfin à détruire la difformité ; toutefois une conjonctivite intense existait encore après plusieurs jours. Les vaisseaux de la conjonctive avaient conservé un volume considérable, et ce fut alors que, l'œil étant perdu, nous nous décidâmes à employer la cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent que nous promenâmes sur toute la surface engorgée et enflammée. Dès le même jour nous eûmes la satisfaction d'observer une amélioration manifeste. Nous pratiquâmes encore deux cautérisations à vingt-quatre heures l'une de l'autre, et la guérison devint complète.

Dès ce moment nous considérâmes la cautérisation de la conjonctive dans les inflammations de cette membrane comme un moyen thérapeutique extrêmement précieux, et nous nous promîmes bien de l'employer de nouveau à la première occasion. Elle ne tarda pas longtemps à se présenter.

Le 14 novembre 1839, nous avions pratiqué par extraction l'opération de la cataracte sur le sieur Gilbert, âgé de cinquante-neuf ans. L'opération avait bien réussi, et tout en annonçait le succès le plus complet. Cependant le quinzième jour une inflammation aiguë de la conjonctive nous donne quelques inquiétudes. Les évacuations sanguines générales et locales furent employées aussitôt ; mais ne trouvant point d'amélioration notable, nous pratiquâmes la cautérisation, qui eut pour résultat de faire avorter l'inflammation presque instantanément. Toutefois nous ne procédâmes pas de la même manière que la première fois : au lieu d'employer le caustique à l'état solide, nous nous en servîmes à l'état liquide, et pour cela nous fîmes dissoudre dans :

Eau distillée de roses. . . . . 8 grammes,
Nitrate d'argent fondu. . . . 1 gramme.

Ce fut ensuite avec un pinceau très-fin que nous promenâmes le caustique sur toute la surface enflammée. Le malade ressentit une vive cuisson. L'œil fut lotionné aussitôt avec de l'eau fraîche, et une heure après, le malade prétendait être guéri, parce qu'il ne ressentait plus aucune douleur. Néanmoins nous pratiquâmes deux autres cautérisations semblables à vingt-quatre heures l'une de l'autre, et la guérison de la conjonctivite fut complète.

Depuis cette époque, un assez grand nombre de conjonctivites, à divers degrés inflammatoires, ont été confiées à nos soins, et toutes ont cédé comme par enchantement à l'application du caustique liquide, sans

mettre en usage aucun autre moyen thérapeutique : la cautérisation *seule* a été employée avec le plus prompt comme le plus brillant succès.

En voici quelques observations.

Le sieur Chenevière, cordonnier, âgé de vingt-huit ans, tempérament fort et sanguin, vint nous consulter pour une conjonctivite commençant à l'œil droit. Une seule cautérisation est employée, et l'inflammation est immédiatement arrêtée. Trois jours après, la conjonctive de l'autre œil était enflammée à son tour : même moyen, même guérison.

La femme Moreau, couturière, âgée de trente-deux ans, est atteinte d'une violente conjonctivite ; elle ne nous consulte que le troisième jour et lorsque l'œil, larmoyant, ne pouvait plus supporter la lumière. Deux cautérisations la guérissent radicalement en quarante-huit heures.

La dame Brissot, rentière, âgée de quatre-vingt-trois ans, ne nous consulte que le cinquième jour, au moment de la plus grande intensité d'une conjonctivite très-aiguë des deux yeux. Une cautérisation est pratiquée sur un œil ; mais la douleur est tellement vive et la malade tellement pusillanime qu'elle refuse complétement de se soumettre à toute nouvelle cautérisation. Alors on peut constater le lendemain que l'inflammation est enrayée dans l'œil cautérisé, tandis qu'elle semble augmentée dans l'autre, de telle sorte que ce dernier a été plus d'un mois atteint de rougeur et de photophobie, quand celui qui avait été soumis à la cautérisation était presque revenu à son état normal.

(L'auteur cite encore neuf autres observations, que nous supprimons à cause de l'identité des détails.)

Enfin nous n'en finirions pas si nous voulions rapporter même succinctement toutes les observations qui nous sont propres de guérison de conjonctivites traitées avec succès par la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent. Le résultat, pour être le même dans toutes, n'en deviendrait pas moins fastidieux par la monotonie des descriptions, toujours les mêmes, maintenant surtout que la science possède des milliers d'observations analogues.

Nous allons donc maintenant passer en revue les autres affections oculaires, plus compliquées ou plus graves, qui nécessitent également l'emploi de la méthode abortive.

Il faut sans doute placer au premier rang l'ophthalmie des nouveau-nés ainsi que celle des varioleux ; dans ces cas, l'ancre de salut des malades est uniquement dans la méthode abortive, si le médecin appelé au début peut la mettre de suite en usage.

Les ophthalmies purulentes, ou mieux puriformes, peuvent être accompagnées de chémosis avec étranglement de la cornée, ce qui vient

considérablement ajouter à la gravité de la maladie. Dans ce cas, l'excision sans doute est indiquée; mais quelle que soit la précaution que l'on prenne en excisant avec des ciseaux courbes et d'une manière rayonnante à la cornée, sans détruire les vaisseaux qui la nourrissent (puisqu'il est aujourd'hui prouvé que l'opacité subséquente de la cornée ne provient que de l'étranglement de ses vaisseaux), si on se contentait de cette excision, on perdrait encore beaucoup d'yeux; car ce moyen employé seul, et quoique très-bon en lui-même, est pourtant insuffisant si, après avoir donné issue au sang par des lotions d'eau tiède, on ne cautérise pas toute la conjonctive avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Dans la campagne d'Égypte, où l'ophthalmie dite égyptienne a sévi avec tant de violence sur l'armée française, la plupart des malades ont perdu les yeux. Quelques-uns seulement, auxquels l'excision du chémosis a été faite, n'ont pas complétement perdu la vue; mais les convalescences ont été fort longues, les rechutes nombreuses, et beaucoup de transformations organiques consécutives de la conjonctive ont été observées.

Enfin dans les conjonctivites miasmatiques, exanthématiques, scrofuleuses, blennorrhagiques [1] avec ou sans granulations, chémosis, etc., ou pour mieux dire dans *toutes les ophthalmies externes,* quelles que soient leur cause et leur nature, l'expérience indique les bons effets de la méthode abortive.

Quant aux transformations organiques consécutives de la conjonctive, soit qu'on ait à combattre ptérygion, granulations, ulcérations, pannus, xerosis, etc., etc., la cautérisation seule par le nitrate d'argent ou combinée avec l'excision est la principale base du meilleur traitement à suivre. Ce n'est pas à dire que l'on doive renoncer aux moyens accessoires dont les bons effets sont connus; mais, encore une fois, on ne saurait trop insister pour démontrer la supériorité de la méthode abortive dans les ophthalmies, et surtout dans celles qui sont purulentes, et bien constater quelle est la plus efficace, la moins incertaine et la plus prompte.

Un mot maintenant sur le mode d'emploi du nitrate d'argent.

Guthrie employait ce sel caustique en pommade; mais plusieurs médecins recommandables ont reconnu que c'était le plus mauvais mode d'emploi, au moins au début des ophthalmies, et ils ne l'emploient plus

[1] Nos lecteurs n'ont pas sans doute oublié l'excellent travail *ex professo* publié par M. Ricord, dans ce journal, tome XXII, page 27, sur l'emploi du nitrate d'argent dans l'ophthalmie blennorrhagique: c'est à cet article que nous renvoyons le lecteur pour compléter ou rectifier les données pratiques fournies par M. Bernard. (*Note du rédacteur.*)

maintenant que dans des cas rares ou bien dans certains états chroniques. On en applique deux fois par jour, matin et soir, gros comme deux ou trois fois une forte tête d'épingle dans l'angle externe de l'œil, de manière qu'en frottant doucement la paupière avec le doigt, on étende le caustique sur tout le globe de l'œil. Les proportions de cette pommade sont ordinairement les suivantes :

Axonge lavée.	8 grammes.
Nitrate d'argent. . . .	10 centigrammes.

Mais, encore une fois, c'est un moyen peu sûr dans ses effets et presque généralement abandonné comme agent abortif dans les ophthalmies graves et dont la guérison dépend le plus souvent de l'énergie qu'on apporte au début du traitement.

Plusieurs médecins ont employé et emploient encore le crayon de nitrate d'argent; mais il n'est pas toujours facile d'en modérer l'action trop active, et presque jamais la cautérisation n'est uniforme. Nous préférons donc, dans la majorité des cas, l'application du caustique par l'intermédiaire d'un pinceau fin dont se servent les peintres à l'aquarelle. Ce moyen plus doux et parfaitement innocent nous a toujours très-bien réussi.

La solution de nitrate d'argent dont nous nous servons est pour nous la même dans tous les cas, et est composée comme il suit :

Prenez :	Nitrate d'argent fondu.	1 gramme.
	Eau distillée de roses.	8 grammes.

Suivant nous ces proportions sont les meilleures, l'action du caustique ne nous ayant jamais paru ni trop active ni trop faible. Cependant M. Wood de Glasgow emploie le nitrate d'argent à une dose presque double, et, dans ces derniers temps, M. Velpeau a reconnu que ce n'était pas sans quelques dangers.

Pour mettre en pratique ce mode de cautérisation, qui n'est pas nouveau, mais qu'on n'a pas pris la peine de décrire avec exactitude, on trempe le pinceau dans la solution de nitrate d'argent, en ayant soin de ne l'imprégner que modérément, à l'exemple d'un peintre qui voudrait étendre également et avec précision une couche de couleur dans un espace circonscrit. On commence par retourner la paupière supérieure, et pour cela on saisit les cils en tirant en bas avec une main, comme pour allonger la paupière, tandis qu'avec l'autre on applique un petit corps rond comme un crayon sur ladite paupière; puis, par un mouvement léger de bascule, on ramène celle-ci sur le crayon, et le renversement s'effectue aussitôt avec la plus grande facilité. On fait maintenir

la paupière supérieure ainsi retournée par un aide intelligent, en faisant saillir autant que possible la muqueuse; puis l'opérateur abaisse lui-même de la main gauche la paupière inférieure, en invitant le malade à regarder en bas. Alors il étend une couche du caustique liquide sur toute la surface conjonctivienne, qui blanchit à l'instant. Il passe, avec la plus grande facilité, la pointe du pinceau derrière le rebord du fibro-cartilage, sur tous les replis, même les plus profonds, qu'il est si difficile d'atteindre isolément et sans dangers par tout autre moyen. Immédiatement après, un autre pinceau de soie de porc, plus résistant, imbibé d'huile d'olive, est passé à son tour sur la partie cautérisée, et il sert en même temps, pendant qu'on le retire, à repousser le rebord adhérent du fibro-cartilage, de manière à replacer la paupière dans sa position naturelle.

Pour plus de promptitude dans la manœuvre, on fixe les deux pinceaux aux extrémités d'une même tige, de sorte qu'il suffit de retourner celle-ci entre les doigts pour terminer instantanément l'opération.

Aussitôt on lotionne l'œil avec de l'eau fraîche, et l'on procède à l'autre de la même manière.

De légères frictions de laudanum liquide sont pratiquées sur les paupières les jours suivants et répétées deux fois dans la journée, et lorsque le gonflement et l'escharre ont disparu, ce qui a lieu du troisième au cinquième jour, on renouvelle l'application du caustique au moyen du pinceau, et l'on y revient avec persévérance jusqu'à ce que la partie ait pris sa couleur normale. Nous n'avons pas toujours attendu si longtemps, puisque après vingt-quatre ou trente-six heures nous avons souvent eu recours avec succès à une seconde ou troisième cautérisation.

Ordinairement deux ou trois cautérisations suffisent. La cautérisation médiate à l'aide du pinceau est douloureuse, mais elle l'est moins que par le crayon de pierre infernale; elle est surtout plus égale, plus régulière, plus facile à circonscrire, à porter profondément sous la paupière supérieure, partout où elle est nécessaire. Bien moins effrayante que l'autre, rarement les malades se refusent à s'y soumettre; enfin, dans aucun cas elle n'a donné lieu, entre nos mains, aux altérations de la cornée, qui ont été si souvent la conséquence de la première.

Les moyens accessoires du traitement des ophthalmies, tels que le calomel, les purgatifs, les pédiluves, les fomentations d'eau froide et même les vésicatoires sont le plus souvent insuffisants, tandis que le nitrate d'argent, au contraire, est le remède par excellence, celui qui arrête le plus promptement et le plus efficacement les progrès de la maladie.

Il est rationnel de croire que les phénomènes si rapidement désastreux des ophthalmies purulentes, sont dus à la présence d'un virus ou prin-

cipe désorganisateur d'une extrême activité. L'induction suffirait pour indiquer l'utilité de la cautérisation, si les faits ne venaient à l'appui pour la mettre hors de doute.

En effet, on n'arrête les conjonctivites franchement purulentes ni par les émissions sanguines répétées, ni par les purgatifs à haute dose, ni par le calomel, ni par les frictions mercurielles, ni par les collyres de toutes espèces, ni par les scarifications, mais seulement par le nitrate d'argent. Que de malades ont été traités par les saignées poussées jusqu'à la syncope, ou pratiquées coup sur coup, et pendant que les veines du bras, les artères temporales, de nombreuses piqûres de sangsues répandaient des flots de sang, la cornée se ramollissait, s'ulcérait, se désorganisait, comme si rien n'eût été fait ! N'est-on pas même fondé à croire que ces copieuses pertes de sang sont nuisibles, quand on voit le mal s'arrêter par l'emploi du caustique seul, tandis qu'il poursuivait sa marche chez ceux que l'on soumettait en même temps à de nombreuses saignées ?

Il est prudent de cautériser les deux yeux, même quand il n'y en a qu'un de malade, surtout dans les cas très-graves, comme ceux des ophthalmies purulentes ; car cette cautérisation, même inutile, est bien innocente, en comparaison des chances terribles de désorganisation dont l'œil peut être menacé.

Quand on craint une action trop forte du caustique sur la cornée, on commence par étendre un peu d'huile sur cet organe, ce qui suffit pour le défendre des atteintes trop actives du caustique.

Enfin, dans les ophthalmies purulentes, avec ou sans chémosis, on injecte le caustique avec une seringue en verre, et l'on renouvelle la cautérisation à des intervalles très-rapprochés ; alors l'on réussit presque toujours à enrayer le mal, si la cornée n'est pas encore ramollie.

Telle est la description des principales maladies oculaires auxquelles la méthode abortive ou ectrotique nous semble applicable ; l'emploi de la solution de nitrate d'argent *seul*, ou bien la combinaison de l'excision et de la cautérisation forme, dans presque tous les cas cités, la base principale du traitement. Nous avons rapporté seulement quelques observations, bien qu'il nous eût été facile d'en augmenter le nombre ; mais nous croyons avoir surabondamment démontré les bons effets de cette méthode, qui n'est point nouvelle, mais qui a été remise en faveur depuis quelques années, et qui, suivant nous, est un moyen thérapeutique de la plus haute importance et de la plus grande utilité.

BERNARD.

NOTE SUR UN MODE PARTICULIER DE TRAITEMENT DES FRACTURES.

La tendance de la chirurgie à se simplifier s'est surtout révélée dans le traitement des fractures. Tous les essais tentés dans ces derniers temps ont eu pour but de substituer au mécanisme compliqué des anciens appareils, des bandages d'une application facile, prompte et non moins exacte. Personne n'avait encore toutefois songé à généraliser la suppression des compresses, des bandes, enfin toutes les diverses pièces de pansement, et à laisser le membre dans un état de liberté absolue. Frappé des nombreux inconvénients qui se rattachent à la compression exercée autour du membre fracturé, dans les diverses méthodes de déligation, M. Jobert fait journellement usage, à l'hôpital Saint-Louis, d'un appareil dont nous avons été à même d'apprécier les résultats, qui, jusqu'à présent, n'ont rien laissé à désirer sous le rapport de la promptitude et de la sécurité.

Appareil pour les fractures du membre inférieur. — S'agit-il d'une fracture de la jambe ou de la cuisse, le malade est couché sur un matelas sous lequel on a eu soin de placer une planche de la largeur du lit. Point d'oreiller, un traversin peu rempli soutient la tête, ainsi l'axe du corps se trouve dans l'horizontalité la plus complète. Le membre est placé sur un paillasson de balle d'avoine, de forme allongée, et que le chirurgien dispose en gouttière en refoulant sur les bords la matière de remplissage. Ce paillasson s'étend du talon à la cuisse pour les fractures de jambe; il remonte jusqu'au pli de la fesse pour celles de la cuisse. Ainsi le membre est embrassé et soutenu en arrière et sur les côtés. La fracture étant réduite, le chirurgien adapte au pied une pantoufle de peau; lacée sur le cou-de-pied, cette pantoufle, qui n'a pas de pointe, embrasse le talon.

A la semelle de cette pantoufle sont fixés trois courroies doubles en cuir, deux sur les côtés et dans la direction d'une ligne fictive qui continuerait les malléoles, l'autre courroie double est fixée au milieu. De ces courroies, trois ont à leur extrémité une boucle, les trois autres sont percées de trous pour se fixer à cette boucle. Ces trois courroies sont attachées au pied du lit; celle du milieu dans la direction de l'axe du membre, les deux autres obliquement, à droite et à gauche, de façon à constituer deux côtés d'un parallélogramme, qu'il suffit de se représenter pour trouver que la résultante des forces serait la ligne même mesurée par la courroie du milieu, c'est-à-dire l'axe même du membre; circonstance on ne peut plus favorable à maintenir en rapport les fragments et à empêcher le raccourcissement du membre. Ces lacs représentent la puis-

sance extensive. La contre-extension est établie à l'aide d'une alèze qui embrasse l'aine du côté opposé, et va se fixer à la tête du lit. Une autre alèze pliée en cravate passe sur le membre fracturé pour se fixer aux côtés du lit, et empêche ainsi tout déplacement en avant.

Pour la fracture de l'humérus, nous ne saurions mieux faire que de transcrire l'appareil tel qu'il a été décrit par M. le docteur Laborie, dans la Gazette des hôpitaux. « M. Jobert a fait exécuter une espèce de bracelet de peau, d'une forme telle qu'il embrasse exactement, lorsqu'il est lacé, le coude avec l'extrémité inférieure du bras et l'extrémité supérieure de l'avant-bras tenu en demi-extension. Au point correspondant à l'axe de l'humérus prolongé au niveau du coude, est fixé un lac double de cuir disposé comme nous l'avons dit au pied. Le malade étant couché et la fracture réduite, on fixe les lacs à la barre transversale du lit; la contre-extension est exercée par une alèze embrassant la poitrine, et dont les extrémités sont attachées à la tête du lit, du côté opposé à la fracture. »

La simplicité de ces appareils n'en est pas le seul avantage. Ainsi, on n'a pas à redouter tous les inconvénients d'une compression longtemps prolongée, l'œdème, l'infiltration séreuse, les douleurs, l'irritation, les abcès et la gangrène, que les appareils à compression latérale et circulaire peuvent déterminer. A-t-on affaire à une fracture compliquée de plaie ou d'inflammation, cas dans lequel les autres appareils ne sauraient être appliqués sans les plus graves inconvénients, la méthode suivie par M. Jobert est au contraire un bienfait : on peut toujours l'appliquer, que la lésion soit simple ou compliquée. En rendant au membre sa longueur et en maintenant les fragments en contact, sans exercer une action immédiate sur le membre, la seule qui, en raison des agents qu'elle exige, puisse devenir funeste, l'appareil de M. Jobert a un mérite incontestable; il permet en outre toute médication locale, sans qu'il soit nécessaire d'imprimer aucun mouvement capable de nuire au travail de consolidation.

Dans les cas plus simples, il ne gêne pas la circulation, circonstance qui ne saurait être indifférente, et dont, dans les autres appareils, on a le tort de ne tenir aucun compte. En conservant le membre dans ses conditions ordinaires de vitalisme, cet appareil doit hâter la formation du cal, le mouvement nutritif et assimilateur ne trouvant pas à s'opérer les obstacles qui résultent de l'application immédiate des bandages. Mais laissons parler les faits.

Salle des hommes, n° 22. Chez un homme de quarante-trois ans, fracture complète de la jambe gauche. Entré le 25 janvier; le 17 février la consolidation est parfaite; le 27 du même mois l'appareil est retiré.

N° 23. Fracture complète de la jambe droite. Entré le 13 février; l'appareil est levé le 15 mars. Individu âgé de seize ans.

N° 25. Cinquante-un ans; fracture de la jambe droite, issue du fragment supérieur du tibia à travers les parties molles. Phlegmon diffus. Ce malade, entré en décembre 1841, n'a plus d'appareil depuis six semaines.

N° 26. Fracture oblique de la partie moyenne du fémur chez un homme de quarante-cinq ans. Entré le 22 février. Le membre a subi un raccourcissement de 2 centimètres.

N° 31. Fracture de jambe chez un vieillard de soixante-cinq ans. Entré le 16 février. La consolidation est parfaite.

N° 40. Fracture de jambe; levée de l'appareil après un mois.

N° 41. Fracture de cuisse à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Entré le 13 février; le 14 mars la consolidation est parfaite; 1 centimètre de raccourcissement.

N° 56. Fracture de cuisse à la partie moyenne. Ce malade est guéri avec 1 centimètre de raccourcissement.

N° 57. Fracture de jambe. Entré le 7 février; un mois après l'appareil est enlevé.

Des résultats plus nombreux ont été publiés par M. le docteur Laborie, qui se résume ainsi :

Dans quatorze cas de fractures de jambe, cinq fractures de cuisse, huit de l'humérus, la consolidation fut obtenue constamment vers le vingtième jour. Toutes ces fractures ont été abandonnées au trentième jour.

Une méthode de traitement qui s'annonce sous de si heureux auspices mérite de fixer l'attention des praticiens; nous avons cru devoir la leur recommander : c'est à leur expérimentation à juger maintenant un appareil pour lequel les faits plaident si éloquemment.

F.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LE SIROP ANTISCORBUTIQUE, OU DE RAIFORT COMPOSÉ DU CODEX.

Le sirop antiscorbutique jouit, dans la matière médicale, d'une réputation qui date de plus d'un siècle. Un mot sur les plantes qui entrent dans cette préparation, sur les conditions qu'elles doivent remplir et leurs propriétés médicales, ne sera pas inutile pour faire comprendre l'importance de ce médicament. La famille des crucifères, si remarquable par l'analogie des caractères botaniques et des propriétés médicales de toutes les plantes qui la composent, fournit les substances (rai-

fort, cresson, cochléaria) qui constituent la base du sirop antiscorbutique.

L'époque de la récolte, le terrain sur lequel ils croissent, la culture des végétaux crucifères, ne sont pas chose indifférente pour obtenir un bon produit et partant pour les résultats de son emploi thérapeutique. En effet, jeunes, ces plantes ne contiennent à peu près que de l'eau et du mucilage ; plus tard on y trouve des matières extractives, des sels, des principes plus particuliers à une élaboration plus parfaite. La culture, qui est généralement funeste aux propriétés médicales des plantes, est au contraire favorable à celles des crucifères. Les crucifères sont riches en azote ; c'est pour cette raison sans doute qu'elles végètent avec vigueur dans le voisinage des habitations. Le soufre se retrouve dans toutes, et il est un des principes constituants de l'huile volatile qui se retrouve presque identique dans toutes les espèces, et à laquelle elles doivent leur principale propriété.

Ce sont des végétaux éminemment stimulants. Ils produisent un sentiment de chaleur à l'estomac qui a peu de durée. Il en résulte une activité générale, mais dont l'effet n'est que momentané. Bientôt la matière est éliminée et se fait reconnaître par son odeur dans les humeurs excrétées par la transpiration, le lait, les urines. C'est cette action si remarquable des crucifères qui leur a valu une réputation bien méritée dans toutes les maladies où il y a débilité ; on y a recours surtout pour le vice scrofuleux ou scorbutique. L'action stimulante des crucifères les fait employer avec succès dans les catarrhes chroniques et dans l'œdème du poumon ; elles facilitent la sécrétion des mucosités et en diminuent bientôt la quantité.

Une préparation dans laquelle les principes actifs des crucifères se trouveraient concentrés devrait donc avoir une grande importance thérapeutique. Tel est le cas du sirop antiscorbutique. C'est cette importance même qui m'a engagé à faire quelques recherches sur son mode de préparation.

Le Codex et la plupart des pharmacopées le font préparer par distillation, procédé vicieux évidemment. En effet, pour peu qu'on réfléchisse à la manipulation de ce procédé, on reconnaît bientôt qu'il entraîne deux grands inconvénients. Le premier, c'est que les chapiteaux des alambics noircissent, effet dû à la formation d'une certaine quantité de sulfure de plomb par suite de la ***décomposition de l'huile volatile des crucifères*** et par la combinaison du soufre, que nous savons être l'un des éléments de cette huile, avec le plomb allié à l'étain des chapiteaux. Il est à peu près certain qu'une petite portion du sulfure métallique est entraînée dans le produit et nuit à sa qualité.

Le second inconvénient, qui est bien certainement le plus grave, c'est que les plantes étant soumises pendant longtemps à une température élevée, leurs principes actifs subissent des altérations que la chimie ne peut pas expliquer encore.

Pour l'emploi, le sirop antiscorbutique préparé ainsi est un médicament d'une odeur et d'une saveur détestable, repoussante même. Aussi les personnes qui se sont trouvées dans la nécessité d'en faire usage ne se le rappellent-elles qu'avec un sentiment de dégoût, et beaucoup de médecins ne le prescrivent-ils plus pour cette raison. C'est là sans doute une condition fâcheuse, et que quelques pharmacologistes modernes ont sentie. M. Soubeiran, dans son *Traité de Pharmacie*, dit qu'il ne serait pas difficile d'obtenir avec les mêmes éléments un sirop plus agréable et tout aussi efficace. D'autres changent les proportions des substances; mais cela ne fait pas disparaître ce que le procédé distillatoire a de défectueux. Celui que j'ai adopté obvie, je crois, à tous les inconvénients.

Il consiste à employer les mêmes substances que le Codex, à piler d'abord le raifort avec du sucre, ensuite à extraire le suc des autres plantes, c'est-à-dire du cresson, du cochléaria, de la ményanthe, des oranges amères; à prendre le marc de ces plantes, à le piler avec du vin de cannelle pour extraire tous les principes actifs, à faire dissoudre le saccharure de raifort dans les liquides obtenus, et enfin de faire un sirop à froid.

L'emploi du sucre dans la contusion du raifort est le point capital de mon procédé; et pour peu qu'on réfléchisse un moment, on reconnaît bientôt le but de cet artifice. En effet, le sucre remplit ici l'office de corps poreux : il absorbe, fixe l'huile volatile, qui tend à se dissiper sous l'action du pilon, en même temps que, par son avidité pour l'eau, il empêche momentanément la formation d'une certaine quantité de cette huile, qui, comme nous le savons d'après les expériences de Boutron et Frémy, ne préexiste pas dans le raifort, mais qui se forme au moment où l'eau est mise en contact avec ses éléments. Nous avons dit que le sucre empêche momentanément sa formation, car elle a lieu lors de la dissolution du saccharure de raifort dans le suc des plantes.

Le sirop antiscorbutique obtenu ainsi est d'une transparence parfaite, d'une couleur légèrement ambrée qui flatte la vue, et d'une odeur et d'une saveur antiscorbutique franche et qui n'est pas désagréable, quoique prononcée, tandis que le sirop ordinaire est d'une couleur brunâtre, d'une odeur et d'une saveur empyreumatique, et d'une action quelquefois même corrosive sur les muqueuses, surtout chez les jeunes sujets. Le premier contient cependant tous les principes actifs des plantes employées, mais dans leur homogénéité naturelle. DORVAULT.

SUR UN MOYEN DE RECONNAITRE L'ADDITION DE LA CERVELLE DANS LE LAIT.

On a beaucoup trop parlé dans ces derniers temps de la fraude qui consiste, après avoir écrémé le lait, à y ajouter une certaine quantité de cervelle de veau ou de mouton pour remplacer la crème enlevée, et pour rendre au lait sa consistance et son aspect primitif. Ce mode d'altération n'est pas mis en usage, il faut se hâter de le dire, par les laitiers de Paris ; il n'a été constaté, dans aucune circonstance, ni par MM. Quevenne, ni par M. Gauthier de Claubry, ni par aucun autre chimiste. Cependant le public s'est ému à cette nouvelle, et le commerce du lait s'en est longtemps ressenti. Voici le procédé chimique fourni par MM. Soubeiran et Henri pour reconnaître l'addition de la cervelle dans le lait. On prend la partie crémeuse qui s'est formée à la surface du lait, on la traite par l'éther sulfurique très-pur à une douce chaleur. L'éther décanté, filtré, évaporé, laisse un résidu de matières grasses qu'il faut faire bouillir dans de l'eau distillée, aiguisée par quelques gouttes d'acide sulfurique pur. La solution refroidie et filtrée donne, à l'aide des réactifs, tous les caractères de l'acide phosphorique. Aussi, après avoir neutralisé l'acide par l'ammoniaque, 1° le nitrate d'argent y forme un précipité jaunâtre floconeux ; 2° l'eau de chaux un précipité floconeux ; 3° le sulfate de magnésie un dépôt très-floconeux ; 4° l'eau de baryte un dépôt qui, dissous par l'acide nitrique pur, pour l'isoler du sulfate formé en même temps, fournit de nouveaux flocons quand on sature cet acide par l'ammoniaque. Le lait normal ne fournit rien de semblable.

EFFET DU SIROP D'ORGEAT SUR LE MUSC.

Le docteur Buchner rapporte le fait suivant. Le docteur Hanle, à Lahr, prépara, sur la prescription d'un médecin, une mixture composée avec : musc 6 grains, eau de laurier-cerise, 3 onces, et sirop d'amandes, 6 gros. A sa grande surprise, la potion lui fut renvoyée comme n'ayant pas l'odeur du musc, et comme ne pouvant contenir qu'une dose de musc moindre que celle qui avait été prescrite ou bien comme ayant été faite avec un musc de qualité inférieure. M. Hanle reconnut qu'en effet la mixture avait à peine l'odeur du musc, et cependant il l'avait préparée avec un musc tonquin d'excellente qualité. L'expérience lui apprit bientôt que c'était le sirop d'amandes qu'il en fallait accuser.

MM. Soubeiran et F. Boudet ont répété cette expérience, et se sont assurés que la propriété attribuée au sirop d'orgeat d'affaiblir l'odeur du

musc est réelle, et que le même effet est produit par les amandes sur l'assa-fœtida. L'odeur de 3 décigrammes de musc a été tellement affaiblie par 40 grammes de sirop d'orgeat, que sur plusieurs personnes non prévenues, les unes ont trouvé à la mixture une odeur très-faible de musc, les autres n'ont pas reconnu son odeur.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR QUELQUES CAS D'ABCÈS FISTULEUX PNEUMO-SOUS-TÉGUMENTAIRES.

Je vous adresse trois observations d'abcès fistuleux pneumo-sous-tégumentaires, que j'ai recueillies dans ma pratique. J'espère que vous les accueillerez favorablement, et que vous les jugerez dignes d'occuper quelques lignes dans les colonnes de votre très-recommandable journal.

Ces cas pathologiques, que je crois très-rares, offrent toujours une très-grande gravité, et pourront, par la lecture des faits que je présente, rappeler aux praticiens qui les liront ce qui a été souvent écrit par des plumes plus persuasives que la mienne, *qu'il ne suffit pas, le plus ordinairement, de ne voir dans une maladie que ses symptômes ou sa localisation et de mettre de côté tout traitement général;* c'est pourtant ce qui se pratique encore parmi un grand nombre des sectateurs surannés d'une doctrine qui, nous devons le proclamer, a fait faire d'immenses progrès à la science, mais dont ils ont exagéré les applications thérapeutiques, et par cela même empêché qu'on n'en retirât tous les résultats que son immortel fondateur s'était promis.

Pneumonies aiguës avec abcès fistuleux sous-tégumentaires.

Obs. I. Foubert, homme marié, âgé de trente-cinq ans, propriétaire cultivateur, ayant une vie assez régulière, usant modérément du travail; cheveux rouges, peau blanche couverte de nombreuses et larges rousseurs, d'un tempérament lymphatique prononcé, fut atteint, dans les premiers jours de mai 1828, d'une pneumonie aiguë. Je me dispense des détails de cette affection; je dirai seulement que l'engorgement sanguin ou si l'on veut la fluxion au poumon était plus grande du côté droit, que la douleur y était aussi plus intense; la maladie paraissait franche et ne pouvait être méconnue.

Traitement : deux saignées du bras, applications de sangsues sur le thorax et à l'anus, révulsifs sinapisés, vésicatoires, tartre stibié à haute dose, oxyde blanc d'antimoine, acide prussique médical, eau de laurier-cerise, séton, etc., tous autant de moyens actifs que je crois avoir em-

ployés avec méthode et opportunité. Cependant aucune révulsion n'a suivi cette médication, et le malade est devenu phthisique en conservant sa douleur pongitive qui s'étendait surtout à la partie moyenne du médiastin. Vers la fin de l'année, une tumeur très-circonscrite se développa lentement à la face antérieure du sternum, à quelque distance de son extrémité claviculaire et près du bord droit.

La maladie ayant donc pris un caractère chronique, et Foubert habitant à plus de six kilomètres de moi, mes visites durent être moins fréquentes, et je ne revis la tumeur que quelques jours plus tard, lorsqu'elle eut atteint à sa base le diamètre d'un œuf de poule; la peau était incolore, la fluctuation évidente.

Le tempérament du malade, la présence de quelques cicatrices irrégulières aux régions jugulaires, l'insensibilité de la tumeur qui n'offrait aucune trace d'inflammation aiguë, me portèrent, en dépit de médecins physiologistes pur sang, à juger le malade infecté du vice scrofuleux. Connaissant la structure spongieuse du sternum surtout chez de pareils sujets, et la facilité qu'ont ces os à s'imprégner des fluides morbides qui peuvent en détruire plus ou moins promptement le périoste qui les recouvre, je me crus obligé de donner issue au produit que contenait la tumeur, ce que je fis au moyen d'un trochisque de potasse caustique. Une quantité assez considérable de pus s'en écoula accompagné de quelques bulles d'air aussitôt la chute de l'escharre. Ce phénomène s'étant renouvelé à plusieurs reprises, qui coïncidaient avec les mouvements d'expiration, j'introduisis dans la plaie une sonde de femme, qui pénétra immédiatement dans la cavité pectorale à travers cet os.

Je ne pus opposer à cet accident que des moyens sur lesquels je n'avais plus le droit de compter, et le malade mourut deux mois après dans le marasme le plus complet.

Dans une maladie qui a duré si longtemps, pourquoi dès le début, ou aussitôt que j'ai pu reconnaître l'insuffisance des antiphlogistiques, n'ai-je pas eu recours au traitement anti-scrofuleux, qui paraissait si bien indiqué ? Je dois le dire, la cause, c'est l'influence de l'époque et mon inexpérience.

Obs. II. Mme L..., âgée de vingt-deux ans, belle organisation, primipare, accouche heureusement dans les premiers jours de décembre 1836. L'allaitement est pénible, les mamelons se couvrent de fissures et s'ulcèrent, et Mme L..., après une quinzaine de jours de tentatives cruelles et infructueuses, fut forcée de placer son enfant chez une nourrice. Le lait, qui s'était aggloméré dans les seins, n'était point encore dissipé, lorsqu'après s'être exposée au frais et à l'humidité, une fièvre légère se développa, la douleur des seins fit des progrès; par suite de quelques mouvements

multipliés particulièrement du bras droit, la fluxion vers ces organes s'accéléra, la fièvre augmenta; l'abdomen devint aussi douloureux, et tous les symptômes d'une péritonite ne tardèrent pas à se prononcer avec intensité. Je ne fus appelé que lorsque ces accidents furent ainsi développés; les lochies n'avaient éprouvé aucun dérangement.

Premier jour de traitement : diète sévère, flanelles imprégnées de décoction de camomille camphrée sur toute la surface abdominale, repos physique et moral aussi complet que possible.

Deuxième jour : demi-lavements miellés, un bain de siége tiède d'une heure, vingt-cinq sangsues sur l'abdomen, continuation des autres moyens employés la veille.

Troisième jour : même état, même traitement; l'écoulement que les sangsues déterminent est considérable.

Dès ce jour je manifestai à la famille mes craintes sur l'issue d'une affection aussi grave; — on me propose une consultation.

Quatrième et cinquième jour : rien de changé; on supprime les émissions sanguines; seize grammes d'onguent napolitain double furent employées en frictions sur le ventre.

Sixième jour : dans la nuit une légère amélioration parut manifeste vers la poitrine. L'arrivée du médecin consultant ne changea rien à ce que j'avais l'intention de faire, seulement les demi-bains furent convertis, selon ses désirs, en bains entiers. Mais la rigueur de la saison, et la difficulté que l'on éprouvait pour réchauffer la malade au sortir de l'eau dans un appartement dans lequel on ne pouvait faire de feu, amenèrent une toux d'abord légère.

Septième jour : la pneumonie est évidente; il n'est presque plus question du désordre abdominal. Tout l'orage s'accumule vers la poitrine intérieurement et extérieurement; dès ce moment il n'y a plus que confusion dans le traitement : divers individus plus ou moins médecins sont consultés, chaque avis est suivi tour à tour. Je m'étais retiré de tout ce chaos. Mon absence fut remarquée par la malade, qui désira me revoir près d'elle; je me rendis à cette volonté, quoique je reconnusse plus que jamais mon insuffisance, et je continuai ainsi que mon confrère à lui donner des soins.

Des crachats nummulaires étaient souvent expulsés en grande abondance et annonçaient le développement de tubercules ulcérés, le sein droit finit par acquérir un volume considérable et fort douloureux à mesure que les crachats diminuaient de quantité. La fluctuation, quoique lente à se déclarer, devint après quelques jours très-sensible; sur les instances réitérées de la malade, je fis une incision sur le foyer; aussitôt le pus sortit en jet, et fut suivi d'un sifflement analogue, quoique

moins fort, à celui que produit l'introduction de l'air dans la trachée-artère pendant l'opération de la trachéotomie ; alors plus de doute sur la communication de l'abcès du sein avec les tubercules du poumon. Ce phénomène se reproduit à chaque instant, tous les accidents augmentent, la fièvre s'exaspère, les sueurs et les selles colliquatives se disputent encore quelques jours les restes d'une vie qui ne tarde pas à s'éteindre.

Je n'ai qu'une chose à ajouter à cette observation déjà trop longue, c'est que j'ai la conviction que la trop grande facilité avec laquelle je me suis rendu aux désirs du docteur Deville, en permettant gratuitement de remplacer pendant la péritonite les demi-bains par des bains entiers dans une saison aussi rigoureuse et dans un appartement si peu propre à cela, a été la cause qui a déterminé la pneumonie fatale.

Obs. III. Pensonneau, âgé de quarante ans, est un cultivateur très-laborieux. Je ne le connaissais pas avant ma première visite, qui eut lieu au commencement de novembre 1840. Je ne puis donc rien dire sur l'état de son organisation, non plus que sur ses prédispositions morbides.

État du malade lorsque je fus appelé : alité depuis huit jours, teint coloré, dyspnée, engorgement muqueux des bronches, matité très-prononcée du côté gauche de la poitrine, toux par quintes rapprochées et expectoration de crachats spumeux plus ou moins rouillés, vive douleur pleurodynique au même côté, pouls plein 120 à 130 pulsations. Chaleur mordicante de la peau, peu de soif cependant. Appétit presque normal, selles ordinaires.

Traitement. Premier jour, le matin large saignée du bras; le soir sangsues à l'anus, cataplasme émollient sur le côté, lavement laxatif, boisson mucilagineuse, bain de vapeur chaud dirigé sous les couvertures et agissant comme sudorifique, principalement sur les extrémités inférieures ; diète complète.

Deuxième jour, aucun amendement ; deuxième saignée ; même prescription que ci-dessus, moins les sangsues.

Troisième, quatrième et cinquième jour, même traitement, moins les évacuations sanguines et le lavement laxatif.

Sixième jour, l'état phlogistique persiste, les crachats sont blancs et gazeux, la fièvre a cédé un peu. Le côté est douloureux extérieurement, la peau est légèrement rosée à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'aisselle et en arrière du bord externe du grand pectoral.

Potion :	Tartre stibié.	40 centigr.
	Acétate de morphine	3 centigr.
	Sirop de fleurs d'oranger	30 centigr.
	Eau gommée.	130 gramm.

à prendre par cuillerée toutes les deux heures.

Les premières cuillerées ne sont pas tolérées; on continue et les vomissements cessent. Il y a trois ou quatre selles bilieuses dans la nuit; le pouls tombe à 110 pulsations; vers le jour la face est moins injectée.

Septième et huitième jour, même état, même médication; l'auscultation n'indique aucun changement dans le poumon, il y a toujours matité complète; un râle sibilant aigu est le seul phénomène remarquable pour moi. L'expectoration est comme la veille, abondante, parfois sillonnée de quelques stries de sang vermeil.

Du neuvième au treizième jour, rien de changé dans l'état du malade; la potion est remplacée par un looch simple avec addition d'extrait de digitale et d'acide prussique médicinal. Continuation des cataplasmes émollients sur le point douloureux qui s'enflamme sensiblement et se circonscrit.

Jours suivants, les téguments se bombent, la rougeur est grande, la phlegmasie de toute la région externe est arrivée à son apogée, la fièvre continue violente, les crachats sont plus rares et ont déjà pris une physionomie purulente, ils sont précédés de crises de toux qui arrivent plus particulièrement le matin.

Ici je ne m'occuperai plus de la maladie primitive, c'était bien évidemment une pleuropneumonie; le traitement ne se composa plus que de tisanes émollientes légèrement aromatisées avec l'eau de fleurs d'oranger, quelques cuillerées de soupe au bouillon de poulet composaient le régime.

Depuis quelque temps je ne pouvais visiter le malade que tous les deux jours. Un matin j'arrivai avant les crises de toux qui amenaient d'habitude l'expectoration; j'explorai la tumeur qui s'était développée sur le côté, lorsque je m'aperçus qu'en exerçant sur elle les diverses pressions nécessaires pour m'assurer de la fluctuation, je vis qu'elle diminuait sensiblement, que la respiration devenait plus difficile; la tumeur ainsi abandonnée à elle-même ne reprenait plus la convexité qu'elle avait précédemment, phénomènes qui arrivaient chaque fois que le malade se couchait sur le côté, où il ne pouvait rester que quelques instants.

Forcé de m'éloigner, je recommandai de recueillir dans un vase les crachats qui suivraient la première toux; le lendemain le vase me fut présenté; il contenait au moins 110 à 120 grammes d'un pus lié couleur lie de vin rouge, marbré de blanc et inodore.

Le jour suivant, avant mon arrivée, l'abcès s'était vidé; j'en vis le produit, qui était à peu près aussi considérable que le jour précédent; la personne qui était auprès du malade m'assura qu'elle avait remarqué, comme moi, la tumeur et son affaissement après l'émission des crachats.

Dès ce jour, je ne devais plus avoir de doute sur l'existence d'un abcès fistuleux pneumo-sous-tégumentaire ; cependant je voulus pousser plus loin ma conviction : je me rendis près du malade avec une large ventouse. La collection n'avait pas été évacuée ; j'appliquai cette cloche pneumatique sur la partie ; je restai plus de quatre heures auprès du malade, temps qui dépassa de trois heures à peu près celui ordinairement remarqué pour les expulsions, sans qu'il y en eût une seule ; il était évident que le fluide était retenu sous la peau par l'effet de la ventouse. J'enlevai cet instrument, et, comprimant ensuite lentement la tumeur avec la paume de la main, je vis peu à peu la toux revenir plus fréquente, l'orthopnée augmenter, et pendant plus d'une demi-heure, des crachats purulents, comme les jours précédents, sortirent avec la même abondance. La tumeur s'affaissa de nouveau par degrés, et la peau revint sur elle-même. Cette dernière épreuve venait de dissiper, je pense, le reste d'incertitude sur la nature de cette tumeur.

Devais-je, ainsi que cela se pratique ordinairement toutes les fois qu'une collection purulente s'est formée sous la peau, en procurer la sortie avec le bistouri, ou, pour me conformer à un usage au-dessus de mon raisonnement, me servir du fer incandescent ou de la potasse caustique? J'avais agi ainsi relativement aux deux premières observations, et n'en avais retiré aucun avantage (faisant la part de la gravité de l'affection primitive du poumon); était-il raisonnable d'établir aussi une comparaison entre cette maladie et l'empième, et, me fondant sur les principes de la thérapeutique, donner issue au fluide? Je ne le pense pas, quoi que dise Lassus sur l'innocuité de cette opération. Si je joins à ces réflexions, que j'abrège autant que possible, le produit de quelques souvenirs, mon incertitude devait encore s'accroître ; les vieux Mémoires de l'Académie royale de chirurgie citent quelques cas analogues que la ponction n'a pas guéris. Foubert, je crois, fait aussi l'histoire d'un homme qui eut un abcès à peu près de la même nature, qui ne fut point ouvert, et le malade mourut ; tandis que nous voyons (article Abcès du Grand dictionnaire des Sciences médicales) Heurteloup parler d'un cas qu'il recueillit à l'hôpital militaire de Bastia, et qui guérit après l'application de la potasse caustique, qui donna issue au pus.

Ces résultats n'étaient pas de nature à me fixer sur la méthode que je devais employer ; alors je me contentai d'une médication interne, et soumis le malade à l'usage prolongé des préparations iodurées, particulièrement de l'iodure de potassium, dont je portai la dose jusqu'à 4 grammes par vingt-quatre heures, les tisanes de salspareille et de douce-amère lactées, le sirop de digitale, etc., etc., en même temps que j'appelai la nature à mon aide : sous l'influence de ces moyens médicaux réunis, la

guérison s'opéra. Depuis le mois de mai dernier, toutes les fonctions pulmonaires sont entièrement rentrées dans l'ordre, et Pensonneau a repris et continué ses travaux fatigants sans éprouver jusqu'à ce jour, 30 mars 1842, le moindre dérangement dans sa santé.

SENNÉ, D. M.,
à Surgères (Charente).

RÉDUCTION D'UNE HERNIE ÉTRANGLÉE A LA SUITE DE LAVEMENTS DE TABAC. — CÉPHALÉE GUÉRIE PAR LES IMMERSIONS DE LA TÊTE DANS L'EAU FROIDE. — DÉLIRE SUSPENDU PAR L'EFFET DE L'OPIUM. — DYSPHAGIE OPINIATRE GUÉRIE PAR LE MASSAGE.

I. Les cas de réduction de hernie étranglée à la suite de lavements de tabac ne sont pas aujourd'hui très-rares dans la science. Le docteur Szerlecki, de Mulhouse, en a surtout rapporté de fort remarquables dans son Mémoire sur la nicotiane, qui lui a valu le premier prix proposé pour le concours du *Bulletin de Thérapeutique*. Je ne connais cependant pas de cas dans lequel ce médicament ait eu un effet aussi concluant que chez le sujet de l'observation que je vais rapporter.

Marie Issard, âgée de trente-cinq ons, éprouvait depuis trois jours tous les symptômes de l'étranglement : constipotion opiniâtre, coliques violentes, hoquet, vomissements de matières caractérisées par une odeur fécale très-prononcée; le ventre était ballonné, le pouls petit et concentré; dans la région inguinale droite se dessinait une tumeur arrondie, dure, rénitente, sur la nature de laquelle il était impossible de commettre une erreur. Les émollients de tout genre, les bains, les sangsues, les frictions belladonées avaient complétement échoué; le taxis, pratiqué à plusieurs reprises et de toutes manières, n'avait pas eu un meilleur résultat. L'opération paraissait urgente, vu le temps qui s'étoit écoulé depuis le développement des accidents, et vu surtout leur gravité, lorsqu'on se décida à administrer un lavement avec 4 grammes de feuilles de tabac. La réduction s'opéra presque immédiatement, et les accidents disparurent. Trois mois après, un bandage, qui avait été conseillé pour la contenir, ayant été mal appliqué, l'étranglement se renouvela avec tout le cortége des accidents que j'ai signalés. On eut recours au même traitement, qui produisit le même résultat. Dons ce dernier cas, cependant, l'étranglement n'existait que depuis vingt-quatre heures.

La reproduction de l'étranglement et sa disparition, sous l'influence du même agent médicamenteux, chez le même individu, me paraît digne de fixer l'attention des praticiens sur la valeur thérapeutique de la nicotiane dans le traitement des hernies.

Il est bon aussi de remarquer que, dans le premier cas, il s'était écoulé trois jours depuis l'apparition de l'étranglement. Heister rapporte un cas d'étranglement, datant aussi de trois jours, dont il obtint la réduction par les injections de fumée de tabac. Je ne doute pas que ces faits ne deviennent encore plus communs, et il me paraît qu'on ne devrait jamais avoir recours à l'opération avant d'avoir employé ce moyen.

II. Rien de plus commun que de voir certaines affections, et particulièrement celles qui appartiennent à la classe des névroses, résister aux traitements les plus énergiques et les plus rationnels, et céder comme par enchantement à l'emploi de moyens souvent fort simples et auxquels on était loin de penser. Si cette bizarrerie des lois pathologiques jette souvent le praticien dans de grands embarras, elle lui permet d'espérer toujours la guérison de la maladie même la plus rebelle, si toutefois elle en est susceptible. De là l'importance, du moins dans les affections chroniques, de varier les médications, et la nécessité de connaître les traitements souvent infinis qui ont été à bon droit préconisés. Il n'est peut-être pas d'agent médicamenteux qui n'ait eu, dans certains cas même graves, des résultats heureux; et ne doit-on pas attribuer beaucoup de défaites médicales au dédain que l'on ne fait que trop fréquemment des divers moyens que le vulgaire seul estime, ou qui n'ont été mis en usage que par nos devanciers? Voici quelques faits qui viennent à l'appui de ces vérités banales de la pratique.

Céphalée. — Marie R..... était atteinte depuis plusieurs années d'une céphalée constante, s'accompagnant de paroxysmes fréquents, pendant lesquels les douleurs devenaient atroces. Cette maladie, survenue sans cause connue, ne pouvant être attribuée à l'existence d'un principe spécifique, avait résisté à l'emploi de la saignée, des sangsues, des vésicatoires et de tous les narcotiques et antispasmodiques les plus puissants. En désespoir de cause, mon père conseille les immersions dans l'eau froide, la tête étant préalablement rasée. Les premières immersions produisent une amélioration notable. Au bout de quelques jours, la guérison était complète. Depuis lors Marie a éprouvé quelques récidives qui ont cédé au même traitement. Voilà plusieurs années qu'elle est à l'abri de toute espèce de douleur névralgique.

Démence. — Antoine D....., concierge, est atteint d'une espèce de démence, qu'on pourrait appeler *raisonnante*. Le malade a la conscience de son délire et juge très-bien son état; mais il ne peut se débarrasser des idées chimériques qui l'assiégent: il est timide, peureux, croit que tout le monde l'observe, qu'il est l'objet de la risée du public. Déjà il présente quelques symptômes de paralysie. Dans le but de faire cesser une insomnie qui dure depuis longtemps, on lui admi-

nistre quelques pilules d'opium, et le délire cesse pendant près de vingt-quatre heures pour reparaître ensuite. Depuis, on a plusieurs fois essayé de lui donner le même médicament; dès qu'il l'a pris, le même effet se reproduit. Antoine est un exemple assez remarquable d'un délire suspendu par l'effet de l'opium. J'ai plusieurs fois répété cette expérience, les résultats ont toujours été les mêmes.

Dysphagie. — M. R....., prêtre, est atteint d'une angine tonsillaire, qui disparaît dans quelques jours à la suite d'un traitement antiphlogistique assez énergique. Cependant une dysphagie complète se manifeste pendant la convalescence, et persiste pendant trois jours, nonobstant l'usage des fumigations, des cataplasmes laudanisés, des liniments de tout genre, des frictions rubéfiantes, des sinapismes, potions calmantes et antispasmodiques. Le malade était menacé de périr d'inanition, lorsque mon père eut l'idée d'avoir recours au massage. Ce traitement fort simple fit cesser le spasme du pharynx et de l'œsophage comme par enchantement. Le sujet de cette observation était éminemment irritable.

J'ajouterai, à propos de massage, que mon père est parvenu à faire disparaître, à l'aide de cette médication pratiquée pendant cinq à six minutes durant un mois, un goître d'un volume considérable, qui existait depuis plusieurs années, et sur lequel les préparations iodurées n'avaient eu aucune action.

C'est encore là une de ces médications trop négligées, malgré le beau succès qu'en a obtenu M. Récamier, et qu'on n'a pas craint de nier. J'ai été témoin de la plupart des résultats qu'il a obtenus, et j'y ai eu recours moi-même, dans certaines circonstances, avec le plus grand bonheur.

H. Seguin, D.-M.,
à Albi (Tarn).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'enfance, fondé sur de nombreuses observations cliniques, par M. F. Barrier, D.-M., *ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades de Paris, vice-président de la Société Médicale d'émulation de Lyon.* 2 vol. in-8°; tome Ier.

Avant d'étudier les modifications anormales qui résultent, pour l'organisme de l'enfant, des divers états morbides auxquels il peut être

exposé, l'auteur considère cet organisme à l'état normal ou régulier d'abord, afin de remonter de la connaissance des caractères de la vie chez l'enfant, à l'explication des divers phénomènes et altérations pathologiques. Dans cette marche toute logique, M. Barrier expose les caractères de la vie pour chacune des fonctions de l'économie animale; reconnaissant que toutes ou la plupart de ces fonctions s'accomplissent avec une grande activité chez l'enfant, il trouve la cause de cette énergie dans le mode suivant lequel a lieu la diminution de la force vitale aux différentes époques de la vie. Il établit que cette force vitale mise en action par la fécondation est plus grande pendant la vie intrà-utérine qu'à aucune autre époque de l'existence; que dans l'enfance elle l'est plus que dans la jeunesse, et ainsi de suite jusqu'à la mort, qui en marque l'épuisement total ou l'extinction. Son opinion est ainsi contraire à celle des physiologistes, qui placent le summum d'énergie vitale dans l'âge moyen, et il la justifie en établissant que dans cette période la vie est plus régulière et plus parfaite, il y a plus d'équilibre et d'harmonie dans toutes les fonctions; mais la vie est réellement moins forte, moins active, puisque, considérée comme *force*, elle a perdu nécessairement, de sa quantité primitive, tout ce qui a été employé au développement et au perfectionnement des organes; en un mot, l'instrument est devenu plus parfait, mais la force qui le met en jeu s'est affaiblie, puisque dans le commencement elle a triomphé des forces inorganiques, puisque dans l'âge adulte elle ne fait que leur résister, et puisqu'enfin elle leur cède dans la vieillesse pour succomber tout à fait à l'instant de la mort. C'est à cette idée fondamentale que se rattachent les principes généraux qui doivent dominer la pathologie, la thérapeutique et l'hygiène de l'enfance. Nous ne pouvons qu'indiquer ces applications que l'auteur a développées avec un véritable talent, dans tout ce qu'elles ont de général et d'utile au point de vue de l'art.

Ce long et intéressant chapitre sert d'introduction à l'ouvrage, et M. Barrier entre en matière par des recherches sur l'influence de l'âge dans les maladies de l'enfance, étudiée au point de vue de l'observation et par la statistique. Les maladies les plus fréquentes sont celles de la poitrine, puis celles de l'abdomen, celles des sens, enfin celles des centres nerveux. Ces différences présentent quelques variations aux diverses époques de l'enfance; viennent ensuite d'utiles considérations sur la mortalité des maladies chez les enfants, et des explications qui tendent à détruire l'opinion générale que chez les enfants il y a peu de résistance vitale dans les maladies. Ce chapitre se termine par des recherches sur les causes de la mortalité spéciales à l'hôpital des

Enfants de Paris, et renferme sur ce point des observations et des remarques de détails du plus haut intérêt.

Dans ce premier volume, qui renferme l'histoire des maladies des voies respiratoires, M. Barrier s'est attaché à décrire avec le plus grand soin la pneumonie, dont l'étude chez l'enfant est le fruit de recherches toutes nouvelles; au chapitre de la pleurésie, nous avons trouvé des observations remarquables de pleurésie diaphragmatique et de pleurésie chronique.

Nous ne devons pas oublier de mentionner ce qui est relatif aux perforations pulmonaires; cette partie du travail de M. Barrier est fort intéressante, surtout au point de vue de l'anatomie pathologique.

Le catarrhe bronchique, la coqueluche, les maladies du larynx, les affections tuberculeuses du thorax, sont étudiées et successivement décrites avec soin et méthode. L'auteur parle de ce qu'il a vu et de ce que ses prédécesseurs ont observé avant lui; toutes ses déductions, toutes ses généralisations ont pour point de départ l'observation clinique; il sacrifie peu à une érudition avide, et ne cite jamais pour le plaisir de réunir quelques noms propres.

Dictionnaire des Dictionnaires de médecine français et étrangers, par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre. 8 vol. in-8°. Suite et fin [1].

Il est de temps à autre des époques dans les sciences, où il est autant besoin de se recueillir et de se demander compte des connaissances acquises, que de se livrer à de nouvelles investigations. C'est une mesure d'ordre et de prudence aussi bien nécessaire dans les sciences que dans le négoce; à des époques fixes le négociant fait son inventaire pour pouvoir se rendre raison des résultats de ses opérations; dans les sciences il faut aussi faire son inventaire, afin de pouvoir déterminer ce qui est fait et ce qui reste à faire. Dans les sciences médicales, sciences de faits et d'observation, où par conséquent les éléments sont très-nombreux et très-divers, ce besoin est peut-être plus urgent que dans toute autre science, et se fait sentir plus souvent. Aussi les publications de cette nature obtiennent et méritent un succès véritable, car elles sont basées sur un besoin réel.

Le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine* est une œuvre de cette nature. Sans prétention à l'originalité, ce livre n'a voulu que présenter, en les résumant, les opinions médicales dans l'état actuel des choses.

[1] Au bureau de la *Gazette des hôpitaux*, rue de l'École-de-Médecine, 11-13. Prix : 50 fr.

C'est le véritable inventaire de la science, de la thérapeutique surtout; car l'ouvrage a été entrepris et terminé sous le point de vue pratique. Conçu avec intelligence, exécuté avec une rapidité inouïe dans les fastes de la librairie, cet ouvrage offre le grand avantage de renfermer dans toutes ses parties et d'indiquer avec certitude l'état où en sont arrivées les sciences médicales au milieu du dix-neuvième siècle. Œuvre d'incontestable utilité pour le présent, il sera pour l'avenir encore un monument qui sera consulté avec fruit.

Les derniers volumes de ce Dictionnaire, qui ont paru depuis peu, sont dignes de leurs aînés. Cette entreprise, pour laquelle on pouvait au début concevoir quelques appréhensions, a été conduite avec une telle fermeté qu'elle s'est terminée à l'époque promise, et avec toutes les conditions annoncées. Cet exemple est trop beau pour qu'il se perde, et nous le recommandons aux éditeurs.

Le Dictionnaire des Dictionnaires mérite le succès qu'il obtient auprès des praticiens qui ont besoin de trouver, dans leurs lectures surtout la partie pratique et applicable de la science. L'ouvrage, dirigé par M. Fabre, satisfait sur ce point leurs légitimes exigences; il est en effet plus un ouvrage de pratique que de théorie, sans que celle-ci néanmoins ne s'y trouve en proportion suffisante pour que le médecin et l'élève y rencontrent tout ce qu'il est indispensable de connaître. Les faits, les opinions, les résultats y sont présentés avec l'impartialité de l'histoire, et cette condition est assez rare pour qu'elle mérite d'être signalée.

Traité pratique de l'art des accouchements, *par* M. Chailly (Honoré), *docteur en médecine, ex-chef de clinique d'accouchements de la faculté de Paris*, etc. 1 vol. in-8°.

La partie anatomique et physiologique n'occupe qu'une faible partie de l'ouvrage dont nous allons présenter une analyse succincte. Tout ce qui a pu éloigner l'auteur du but qu'il s'est proposé, la pratique, a été évité; aussi est-ce un livre écrit pour les praticiens que les vues spéculatives et les aperçus théoriques de la science n'intéressent que très-secondairement.

La marche suivie dans le diagnostic de la grossesse est tout à fait neuve; les développements graduels de l'utérus y sont étudiés aux principales époques de la gestation; des figures mises en parallèle représentent ces modifications chez la femme primipare et chez celle qui a déjà été mère. Dans l'article *Éclampsie*, on retrouve les excellentes doctrines de M. Dubois. Il en est de même de l'avortement. On doit

savoir gré à M. Chailly d'avoir insisté surtout sur le traitement de cet accident; traitement encore peu connu et très-efficace, fondé sur les saignées révulsives, et cette propriété que l'opium possède d'arrêter les contractions prématurées de l'utérus. Dans les articles Soins à donner à la femme avant, pendant et après l'accouchement, on reconnaît le praticien exercé. Chaque présentation du produit est envisagée séparément dans toutes ses circonstances, de sorte que l'élève pourra embrasser d'un seul coup d'œil tout ce qu'il aura à faire dans telle ou telle présentation. Les procédés sont donnés, les indications précises, même l'ordre suivant lequel ces indications doivent être remplies, ce qui n'existe nulle part.

Quant aux manœuvres en elles-mêmes, nous avons vu avec plaisir que M. Chailly les a décrites telles qu'il les pratique, qu'il a laissé de côté cette foule de procédés inouïs, inutiles, inapplicables sur le vivant, et quelquefois dangereux à mettre en pratique. Le forceps est décrit avec toute la simplicité, toute la clarté désirables; non-seulement on y trouve les règles aussi détaillées que possible, mais même l'auteur a prévu toutes les exceptions qui peuvent se présenter dans cette opération.

La version pelvienne est conçue dans le même esprit; cette manœuvre est décrite comme elle se pratique sur le vivant, et non comme elle peut l'être sur le mannequin. Tout est possible sur le mannequin, il s'en faut bien qu'il en soit de même sur le vivant.

Un grand nombre de planches sont annexées au texte; la plupart sont inédites, originales, et composées d'après nature.

***Base d'une nouvelle physique, ou Découverte d'un quatrième état des corps,* l'état sphéroïdal, *par* P.-H. Boutigny, *membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc., etc., précédée d'une lettre à M. Arago et d'un rapport fait à l'Académie des sciences par MM. Arago, Pelouze et Robiquet.* Un vol. in-8°.**

Sous ce titre, M. Boutigny vient de publier une brochure fort curieuse et qui a surtout le mérite de n'être point faite avec des livres, mais bien avec des expériences et des faits nouveaux. Quelques-uns de ces faits sont réellement incroyables. Citons-en un seul.

Tout le monde connaît l'excessive volatilité de l'acide sulfureux. Eh bien! si l'on verse cet acide dans une capsule chauffée à blanc, il passe à l'*état sphéroïdal*, ne bout pas, condense l'humidité de l'air, qu'il

congèle, et finalement on obtient un glaçon dans le fond de la capsule, quoiqu'elle soit chauffée à plus de 1,500 degrés!

Nous le répétons, l'opuscule de M. Boutigny est un des plus curieux qui aient été publiés depuis longtemps; il ne tend rien moins qu'au renversement de la physique actuelle.

Cet ouvrage sera lu avec le plus vif intérêt par tous les confrères de M. Boutigny. Les médecins et les pharmaciens y trouveront des applications intéressantes à la médecine, à la chimie, à la physique, aux machines à vapeur, etc., etc.

Le style de M. Boutigny n'est pas toujours correct; mais ce défaut est plus que compensé par les belles expériences qui sont décrites dans son livre, et qui sont toutes très-faciles à répéter.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Un mot sur les victimes de l'accident arrivé sur le chemin de fer de Versailles. — Nous n'avons point à raconter le terrible événement qui, le 8 mai dernier, a jeté la consternation dans la capitale. Nos lecteurs savent les détails de cette catastrophe, qui a coûté la vie à tant de personnes. Nous voulons seulement, prenant pour point de départ les pauvres blessés qui ont été transportés dans les hôpitaux dans cette journée fatale, donner à nos lecteurs une idée, quoique bien imparfaite, des horribles lésions qui ont été observées.

Vingt individus, hommes ou femmes, ont été reçus dans la soirée du 8 mai et dans la journée du 9, dans les divers hôpitaux de Paris; dix à l'hôpital Necker, qui se trouve le plus près du lieu de l'accident, deux à la Charité, deux à l'hôpital des Enfants, un à la Pitié, un à la Clinique, cinq enfin à l'Hôtel-Dieu. Ce nombre est considérable sans doute; mais qu'est-il auprès de la masse des autres victimes? On évalue que soixante ou soixante-dix personnes ont péri là instantanément sur les lieux, soit par le feu, soit par leurs blessures, et au moment où nous écrivons, l'on peut sans exagération porter le chiffre total des morts par suite de ce désastre à cent quatre-vingts.

Disons un mot sur l'état des malades dans les hôpitaux. — Au n° 8 de la salle Saint-Pierre, à l'hôpital Necker, service de M. Bérard, est couché M. Bouillaud, étudiant en droit, âgé de vingt et un ans. Il se trouvait dans le troisième wagon, qui a été brûlé, et il doit la vie à ce qu'il a eu la présence d'esprit de se glisser à terre par une fente de la voiture. Presque tous ses compagnons ont péri. M. Bouillaud présente une brûlure au premier et second degrés de toute la face, qui est pansée avec un

linge troué, couvert de cérat opiacé; une brûlure plus grave des deux mains, et d'autres à la face externe de la cuisse droite, sont pansées avec le coton cardé. Ces brûlures ont été produites par la vapeur. La suppuration est de bonne nature, et l'état de ce malade est satisfaisant. — Au n° 9 de la même salle est un cordonnier nommé Martin, âgé de vingt-six ans. Il se trouvait sur l'impériale de l'un des wagons du milieu du convoi lors de l'accident. Il s'est élancé sur le sol du haut de la voiture, et il s'est fracturé les deux os de la jambe gauche à leur partie supérieure, et luxé incomplétement cette même jambe en dedans. Ce malade est également dans un état satisfaisant; mais il est à craindre que l'articulation du genou ne souffre de la rupture des ligaments articulaires ou du voisinage de la fracture. — Au n° 30 est un jardinier âgé de vingt-cinq ans. Il était dans le quatrième wagon avec son maître, qui y a péri. Avant que les brûlures ne fussent graves, il a eu la résolution de se jeter la tête la première par la portière de la voiture. Il a été apporté à l'hôpital présentant une plaie contuse occupant le front, la tempe et la partie supérieure de la face du côté droit; une plaie contuse de la partie supérieure de la tête, avec décollement considérable du cuir chevelu; une tuméfaction considérable des parties molles au niveau de l'angle du maxillaire inférieur à gauche, avec fracture de cet os au niveau de la branche et du corps. Il avait de plus une brûlure au deuxième et troisième degrés sur la partie moyenne et supérieure des deux jambes. On a réuni les plaies avec des bandelettes et appliqué du coton sur les brûlures. Ce malade va très-bien. — Au n° 40 est un tailleur âgé de soixante-cinq ans qui présente des brûlures au deuxième degré, causées par la vapeur, sur la face, le cuir chevelu, sur les mains, sur les genoux et la partie antérieure des jambes. Les brûlures de la face ont été pansées avec le liniment oléo-calcaire, et sont guéries; du coton cardé recouvre encore les autres plaies. État tout à fait satisfaisant. — Au n° 10 est M. Badour, avocat, âgé de vingt-quatre ans. Ce jeune homme s'est élancé du haut d'un wagon et s'est fracturé l'extrémité inférieure du péroné de la jambe droite. Le membre est dans l'appareil, et tout fait espérer une guérison prochaine. — Au n° 13 de la salle Sainte-Marie, également à l'hôpital Necker, se trouve Élisabeth Becher, mercière, âgée de trente ans. Elle était placée dans le troisième wagon, et y a reçu des brûlures étendues causées par la vapeur. Une vaste brûlure, aux premier et deuxième degrés, occupe la presque totalité du visage; on en voit une autre sur les parties postérieure et latérale gauche du cou. A gauche, le bras, l'aisselle, l'avant-bras, la main, le dos, la région lombaire et le membre pelvien jusqu'au pied offrent de vastes et nombreuses brûlures. Il existe sur le front une contusion avec épanchement

de sang sous les téguments : la malade pense qu'elle a été produite par le choc de la personne en face de laquelle elle était placée. Un liniment opiacé est étendu sur la face ; le coton cardé recouvre les autres brûlures. L'état de cette malade inspire encore des inquiétudes.

Nous devons mentionner la nature des lésions présentées par les quatre malades qui ont succombé dans les salles de cet hôpital. — M. Prevost, sous-chef de division à l'administration des hôpitaux, porté à Necker, le 8 mai au soir, y est mort le 10 au matin, à la suite de brûlures nombreuses et étendues produites par la vapeur. Toute la face, les deux mains et les deux avant-bras, toute la cuisse droite en remontant jusqu'à la fesse et à la région lombaire, étaient le siége de brûlures aux deuxième et troisième degrés. Il est mort dans un état comateux.—Dans la nuit du 10 au 11 mai, a encore succombé, au n° 37 de la salle Saint-Pierre, Joseph Drioche, marchand drapier, âgé de quarante-cinq ans. Toute la face et tout le membre pelvien gauche étaient brûlés au deuxième et au troisième degrés. La mâchoire inférieure et les dents étaient brisées ; il y avait de plus fracture de plusieurs côtes et une fracture comminutive de la partie inférieure de la jambe droite, avec plaie pénétrante dans l'articulation tibio-tarsienne. — Au n° 5 de la salle Sainte-Marie, est morte le 8 mai au soir, une heure après son entrée, Henriette Wurmser, âgée de vingt-six ans. Tout le corps de cette malheureuse jeune femme n'offrait qu'une vaste brûlure dont l'intensité variait du premier au quatrième degré. — Enfin a succombé, le 13 mai au soir, au n° 17 de la salle Sainte-Marie, après des douleurs affreuses, Cécile Duranton, âgée de vingt-neuf ans. Cette malheureuse était placée dans le second wagon. Elle présentait une brûlure au troisième degré sur toute la face et la partie antérieure du cou. Cette brûlure avait été déterminée par la vapeur, qui, ayant pénétré dans la bouche et les voies aériennes, avait également brûlé ces parties. La voix était voilée, la parole difficile et douloureuse, la déglutition fort difficile. Les deux mains et l'avant-bras droit étaient également brûlés. La cuisse gauche était fracturée à sa partie moyenne avec raccourcissement considérable du membre ; le fragment inférieur était porté en haut et en dehors. Il existait sur la jambe du même côté une contusion profonde. A la partie postérieure et inférieure de la jambe droite existaient deux plaies contuses ; l'une, transversale avec écartement de ses bords, laissait voir à nu le tendon d'Achille. On trouvait dans ces plaies des portions de vêtements.

A l'hôpital des Enfants, M. Guersant a pratiqué l'amputation du bras gauche chez un jeune homme de dix-huit ans nommé Denis Ducerceau, qui avait été précipité par le choc du haut de l'impériale du troisième wagon, où il se trouvait. Outre plusieurs plaies de tête, dont une d'une

étendue notable et à lambeau, ce jeune homme avait eu les os du bras et de l'avant-bras fracturés comminutivement, avec déchirure de muscles, et quatre plaies, dont une pénétrait dans l'articulation huméro-cubitale. Ce malade, qui de plus avait une brûlure légère au bras droit, va aujourd'hui parfaitement bien. — Les deux malades qui sont à la Charité sont deux sœurs, M[lles] Duchêne, passementières rue Saint-Denis. Elles étaient dans un wagon découvert, placé le cinquième ou le sixième, et ont été brûlées par la vapeur. L'une, âgée de vingt ans, est couchée n° 28, salle Sainte-Catherine, service de M. Velpeau. Elle offre des brûlures, aux deuxième et troisième degrés, aux deux jambes, à la cuisse droite, au bras droit et au sein droit. Son état est satisfaisant, ainsi que celui de sa sœur, âgée de vingt et un ans, couchée au n° 26, salle Sainte-Rose, service de M. Gerdy. Cette malade a eu les deux jambes brûlées aux deuxième et troisième degrés.

Nous n'avons pas besoin d'entrer dans l'examen particulier d'un plus grand nombre de malades pour faire comprendre d'une manière générale les diverses espèces de blessures et de brûlures qui ont été la conséquence de ce malheureux événement. L'on voit que toutes les brûlures observées ont été produites par la vapeur d'eau bouillante projetée avec violence à l'intérieur et à l'extérieur des wagons par la fente produite à la chaudière de la première locomotive renversée par la locomotive qui la suivait. Probablement cette vapeur a produit l'asphyxie chez un certain nombre des personnes qui ont été la proie des flammes. L'on a pu remarquer que chez le plus grand nombre des sujets les parties du corps découvertes, la figure, le cou, les mains, ont été les premières atteintes par la vapeur. — Quant aux blessures, elles ont eu plusieurs causes : un certain nombre de personnes, placées à l'extérieur des voitures, ont été précipitées violemment sur le sol par le choc des wagons, et ont été tuées sur le coup; d'autres n'ont eu que des blessures plus ou moins graves; on en a vu un exemple sur le jeune homme de l'hôpital des Enfants. Quelques voyageurs, comme M. Badour, ont craint, après le choc, que la chaudière n'éclatât, et se sont élancés du haut des wagons, et il en est résulté des fractures, des luxations, des entorses, des contusions, des blessures. Un petit nombre, placés dans l'intérieur des voitures, ont pu échapper à la mort en se précipitant par les portières. Nous en avons cité un exemple remarquable dans ce jardinier du n° 30 de la salle Saint-Pierre.

L'effet de la commotion dans l'intérieur des wagons a été terrible. Beaucoup d'individus, lancés avec violence, soit contre ceux qui étaient assis en face d'eux, soit contre les compartiments de la voiture, ont été atteints de blessures plus ou moins profondes à la partie antérieure du

trone, au front, au nez et au reste du visage; mais l'accident le plus commun a paru consister dans la fracture de la mâchoire inférieure. — La scène a été encore bien autrement atroce dans les premiers wagons: pressés par ceux qui leur faisaient suite, ils ont subi un applatissement d'arrière en avant extrêmement remarquable; ils ont semblé se fermer comme un portefeuille sur les voyageurs, pour nous servir de l'expression d'un malade; de telle sorte que les places opposées venant à se rapprocher, bientôt les banquettes de devant arrivaient à toucher celles de derrière, moins l'épaisseur des membres des voyageurs, qui étaient serrés et broyés entre elles. Ainsi se trouvaient pris ces malheureux en attendant le supplice du feu, auquel ils ne pouvaient se soustraire. C'est à cette pression que l'on doit attribuer la fracture de la cuisse et la plaie contuse de la malade du n° 17, salle Sainte-Marie, dont nous venons de parler, et les diverses fractures de l'homme du n° 37 de la salle Saint-Pierre. — On a vu l'humérus ayant traversé les chairs de l'épaule et sorti de toute sa longueur, de telle sorte que le coude touchait l'épaule. Chez un sujet, la poitrine présentait une ouverture qui aurait admis un tête d'enfant; chez un autre, le crâne était ouvert en plusieurs éclats.

En voilà assez sur cette horrible scène de deuil. Nous ne parlerons pas du résidu de cet immense bûcher, où peut-être soixante malheureux sains ou blessés, qui se trouvaient retenus dans les voitures, ont été en un instant dévorés par les flammes. On a pu réunir trente et un cadavres, à tel point rétractés et informes, qu'on pouvait les croire des cadavres d'animaux. Sur ces trente et un cadavres, deux seulement avaient conservé leurs membres inférieurs, et deux autres leurs crânes: de ce nombre était l'infortuné Dumont-d'Urville. La seule remarque utile, à nos yeux, qui ait été faite sur ces restes carbonisés, est que toutes les parties recouvertes de flanelle ne présentaient presque aucune trace de brûlure, seulement elles étaient durcies.

Polype des fosses nasales qui a nécessité l'incision du nez pour son extraction. — Charlotte Hébert, manouvrière, âgée de trente ans, de Crépy (Oise), est entrée le 25 avril dernier à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, n° 11, service de M. Lenoir, pour y être traitée de polypes des fosses nasales, qui, par leur nature et par l'opération qui a été faite pour en débarrasser la malade, méritent une mention toute spéciale. Cette jeune femme a commencé, il y a cinq ans, à éprouver de l'embarras dans la narine droite. La difficulté du passage de l'air a augmenté progressivement, et il lui est arrivé souvent de rendre, en se mouchant, des lambeaux de polypes.

Au mois d'août dernier, elle fut prise spontanément d'une hémorrhagie nasale violente, qui se renouvela six semaines après. Au mois de novembre, elle se reproduisit avec tant d'abondance qu'il fallut tamponner. On chercha dès lors à la débarrasser de la tumeur qui en était la cause. Depuis cette époque, on a renouvelé tous les quinze jours environ l'arrachement du polype; chaque fois une violente hémorrhagie se produisait, et la tumeur repullulait avec une étonnante rapidité. Voici quel était l'état de la malade le jour de son entrée à l'hôpital : la fosse nasale droite est complétement remplie par une tumeur qui fait saillie à son ouverture antérieure; elle a fortement repoussé la cloison du nez, et oblitéré ainsi par sa pression la fosse nasale gauche. L'os du nez du côté droit est disjoint et séparé de l'apophyse montante de l'os maxillaire par un intervalle de plusieurs millimètres; il est mobile au milieu des parties molles. Le nez est fortement entraîné à droite. Le sillon qui le sépare de la joue est effacé. En portant le doigt par la bouche vers l'ouverture postérieure des fosses nasales, on y sent le polype, que l'on fait facilement saillir vers l'ouverture antérieure. Le polype faisant tous les jours de notables progrès, l'opération est décidée et pratiquée.

La malade étant assise, et la tête maintenue par un aide, une incision est faite le long de la côte du nez, à droite de l'angle antérieur de l'ouverture de la narine jusqu'au fond de l'espace qui sépare l'os du nez de la mâchoire supérieure. Les deux lèvres de cette incision étant écartées, le doigt est introduit de haut en bas dans la fosse nasale, et le polype est énucléé avec la plus grande facilité. Il reste alors une cavité considérable formée par le sinus maxillaire, dont la paroi interne est détruite, et par la fosse nasale énormément distendue.

La tumeur enlevée est d'un énorme volume; elle avait son pédicule dans la cavité du sinus; vers sa base, elle est formée par trois ou quatre polypes muqueso-fibreux; mais la presque totalité est constituée par une matière friable, d'un rouge noirâtre et semblable à des caillots de sang en partie organisés. Sur quelques points, ce tissu est gris noirâtre et d'un mauvais aspect.

Après son extraction, le doigt parcourt toute la cavité qu'elle occupait. La muqueuse semble partout intacte; sur un point, elle offre quelques rugosités qui sont détruites avec l'ongle. On réunit les deux lèvres de l'incision par cinq points de suture séparés; on couvre le nez de compresses imbibées d'eau froide.

Le 6 mai, il ne s'est produit aucun accident. Les deux points de suture supérieurs ont déterminé une légère inflammation. Le recollement des lèvres de la plaie n'est pas parfait en ce point. On enlève les fils,

et on les remplace par une bandelette de diachylon. — 8 mai. Toute la partie comprise entre les trois autres ligatures est réunie. Il reste un peu de suppuration à la partie supérieure de la plaie ; le nez s'est replacé sur la ligne médiane de la face; le soulèvement de la joue a disparu. L'incision est revenue en avant et n'est plus en rapport avec la suture naso-maxillaire, où les os sont revenus au contact. La respiration se fait parfaitement par la narine droite ; la narine gauche reste oblitérée. Le sac lacrymal droit s'est légèrement enflammé; la pression fait refluer un peu de muco-pus par les points lacrymaux, et si, le nez et la bouche étant fermés, la malade fait une inspiration, il en tombe dans le pharynx une petite quantité. — 10 mai. On enlève les trois derniers points de suture. La réunion est parfaite. On maintient sur le haut de l'incision une bandelette agglutinative. — 12 mai. La cicatrisation est complète. La malade, qui est guérie, demande à rester quelques jours de plus dans les salles.

Croup chez l'adulte. — M. Huguier a présenté à l'Académie les pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte à la suite du croup. Cette malade était âgée de vingt-quatre ans, et l'affection dyphtéritique ne s'était pas accompagnée chez elle de la toux caractéristique ; il y avait eu seulement aphonie et, surtout au début, sifflement laryngo-trachéal. La mort est survenue au bout de quarante heures, tout à fait instantanément et sans avoir été précédée des signes de l'asphyxie, sans suffocation ni lividité des lèvres très-prononcée. A l'autopsie, on a trouvé de fausses membranes tapissant les amygdales, le pharynx, le larynx, la trachée et les premières divisions bronchiques. L'oreillette droite et le ventricule du même côté étaient recouverts par des caillots fibrineux, d'un blanc rosé, très-adhérents aux parois de ces cavités, et envoyant des prolongements considérables entre les colonnes charnues et dans l'intérieur de l'artère pulmonaire. M. Huguier ne serait pas éloigné d'attribuer à la présence de ces coagulations la mort si subite de la malade.

Rupture de l'utérus par suite de l'administration intempestive du seigle ergoté. — Le seigle ergoté est, dans quelques cas, un médicament héroïque et précieux, et l'on ne peut nier les services qu'il peut rendre; mais, plus que tout autre moyen, à cause de l'activité de ses effets, il réclame pour son administration une main prudente et exercée. Donné inopportunément, il peut amener les plus grands malheurs. Témoin les deux faits de rupture de l'utérus, amenés par cet agent médicamenteux, qu'a recueillis M. E. Delmas, de Montpellier, et qu'il a

consignés dans le journal de médecine pratique de cette ville. Voici une de ses observations : « Une jeune femme de vingt ans, primipare, d'une bonne santé, arrive heureusement au terme de sa gestation. Les premières douleurs de l'enfantement se présentent avec les conditions les plus favorables. Déjà, après huit heures de travail, l'orifice utérin était presque complétement dilaté, et la poche des eaux rompue; tout allait pour le mieux, lorsque la personne qui assistait à l'accouchement s'avisa de prescrire un gramme d'ergot de seigle en poudre, afin de hâter la sortie de l'enfant. Les contractions utérines redoublèrent; mais la tête, au lieu de s'engager, remonta dans l'excavation pelvienne et fut remplacée par une tumeur molle et inégale. Un léger écoulement sanguin eut lieu par la vulve, la marche du travail fut interrompue. On appela M. Delmas, qui trouva la femme dans un état d'anxiété extrême, se plaignant sans cesse d'un malaise général et de fréquentes envies de vomir accompagnées de défaillance; le pouls était petit, serré; l'abdomen, très-sensible au moindre contact, présentait deux tumeurs bien distinctes, l'une à droite, l'autre à gauche; celle de gauche, plus petite, poussait sensiblement en avant les parois abdominales, et pouvait être facilement circonscrite; celle de droite, plus volumineuse, plus profondément située, différait encore de la précédente par une dureté moindre et une surface moins régulière. Un sang rouge et peu abondant s'écoulait du vagin; le toucher donna la certitude que le col de l'utérus, quoique dilaté, ne donnait passage à aucune partie du fœtus, et les membranes étant rompues, il était possible de reconnaître que l'épaule droite tendait à se présenter au détroit supérieur. M. Delmas diagnostiqua une rupture de la matrice à gauche et au-dessus du col de cet organe. La gravité de l'état de cette femme engagea l'accoucheur à relever les forces par une potion tonique et cordiale, puis, cet effet obtenu, il alla chercher les pieds et amena un enfant mort. Pendant qu'il tirait sur les pieds, M. Delmas sentit, en appliquant la main sur la tumeur abdominale gauche, que la tête rentrait dans la cavité utérine, après avoir abandonné la nouvelle place qu'elle occupait. La délivrance, qui eut lieu presque en même temps, fut accompagnée d'un écoulement sanguin peu abondant. Trois jours après l'accouchement, cette malheureuse avait cessé de vivre. »

VARIÉTÉS.

Encore un mot sur Montpellier et l'homœopathie. — Nous avons élevé la voix pour signaler ce fait d'une haute gravité, savoir

l'enseignement de l'homœopathie dans la Faculté de médecine de Montpellier. Quelque pénible qu'il fût, ce devoir nous était imposé par l'estime même que nous portons au professeur et par le respect que nous devons à cette école. Il fallait rappeler l'un aux obligations et aux convenances de sa chaire; il fallait réveiller dans l'autre le sentiment de ses vieilles et honorables traditions. Que M. d'Amador pratiquât l'homœopathie, peu importait au public médical : ce fait, que nous connaissions, n'aurait pas été ébruité par nous, car il ne ressort que de la conscience ; mais quand une opinion médicale erronée, absurde, nuisible, devient la base d'un enseignement public, ce serait une impardonnable faiblesse de ne pas éveiller l'attention sur ce sujet, qui touche aux intérêts les plus chers de la science et de l'humanité.

Tel fut le seul sentiment qui nous inspira l'article que nos lecteurs ont pu lire, sentiment exempt de toute animosité contre M. d'Amador, dont, encore une fois, nous connaissons et nous apprécions le mérite. Cependant on nous a reproché d'avoir beaucoup exagéré les torts de ce professeur et d'avoir donné une trop grande portée au fait que nous signalions à nos lecteurs. Hélas! il est bien loin d'en être ainsi. On verra si nous avons eu tort de signaler les nouvelles tendances de M. d'Amador, et si ces tendances n'entraînaient pas en effet un grand danger et un immense scandale pour l'école de Montpellier.

La nouvelle certaine de l'enseignement de l'homœopathie par M. d'Amador nous est arrivée par un numéro du 20 janvier dernier de la *Gazette de santé*. Ce numéro contient un ***article communiqué*** dans lequel nous avons pris nos citations. Cet article nous avait si fortement étonné que nous ne pouvions croire à son authenticité, tant il nous semblait improbable que M. d'Amador laissât dire ce que cet article renferme. Pendant six semaines nous avons attendu les réclamations de M. d'Amador, mais vainement; elles ne sont pas venues, et force nous a été de croire avec le public qu'il connaissait bien cet article ***communiqué***, et qu'il en acceptait et la forme et le fond. C'est sous cette impression que nous avons publié notre article avec citations à l'appui. Ces citations sont-elles, oui ou non, fidèles? Personne, à coup sûr, ne contestera leur exactitude, et dès lors, nous le demandons à tous ceux qui les ont lues, avons-nous exagéré les torts de M. d'Amador?

Mais il y a mieux. Par un sentiment de pudeur et de retenue dont on aurait dû nous tenir meilleur compte, nous n'avons pas cité de cet article ce qu'il offrait de plus grave et de plus compromettant. Quoi! vous nous accusez d'exagération! Lisez, lisez donc ce que M. d'Amador laisse dire de lui, de la science qu'il est chargé d'enseigner, de l'école dont il devrait soutenir la vieille gloire :

« Il n'y a pas longtemps, nous annoncions qu'à l'endroit de l'homœo-
« pathie, l'école de Montpellier allait se substituer à celle de Paris, enle-
« ver à celle-ci l'honneur d'être la première en France à scruter la nou-
« velle doctrine ; puis, ce qui ne peut manquer d'avoir lieu, lui ravir tous
« les élèves curieux de connaître le vrai de cette méthode, et surtout
« ceux qui seront désireux d'être à même de la pratiquer. »

« Chacun peut aisément croire combien de vie donnera à la doctrine
« de notre maître la parole d'un professeur *qui ne hasarde aucune de*
« *ses pensées, aucune de ses phrases*, et qui les appuie de faits dont
« on ne peut nier ni l'authenticité ni la force probante. Or cette année-ci
« l'homœopathie *sera ouvertement professée à l'école de Montpellier.*
« Dans l'Allemagne, à Fribourg, à Heidelberg, à Munich, à Vienne, etc.,
« c'est le gouvernement qui a eu l'honneur de la création d'une chaire
« d'homœopathie. En France cet honneur ne lui appartient pas ; il re-
« vient tout entier aux convictions d'un homme savant, *qui n'a vu que*
« *confusion dans l'ancienne médecine qu'il était chargé d'ensei-*
« *gner*, et qui s'est promptement réfugié dans le sein de l'homœopathie
« aussitôt qu'il a eu connaissance des vérités qu'elle enseigne. Trop hon-
« nête homme et trop généreux pour en garder le monopole, il emploie
« et son temps et sa noble voix pour les répandre. Son zèle ne restera
« point sans effet et ses efforts sans récompense. »

« ..... Quelques esprits exclusifs pourront se heurter contre la pensée
« d'unir Montpellier et Hahnemann ; *ils diront que c'est amoindrir*
« *la gloire créatrice de ce dernier*. Nous voyons, nous, d'un œil dif-
« férent..... Pour voir fleurir dans toute la France méridionale à la fois
« la doctrine de Hahnemann, il lui manquait d'être publiquement en-
« seignée à l'école même de Montpellier. Cet honneur, elle va l'acquérir. »

Nous n'ajouterons pas un mot à ces tristes et pénibles citations. Si quelqu'un, après les avoir lues, nous reproche encore d'avoir trop vivement été blessé à l'endroit de l'honneur de l'école de Montpellier, nous avouons ne plus rien comprendre à ce qu'on appelle dignité de corps, susceptibilité de la science, honorabilité de l'art.

Il paraît du reste qu'en l'absence de toute remontrance de la part soit du doyen de l'école, soit du recteur de l'académie, M. le ministre de l'instruction publique aurait demandé des informations. Cette intervention de l'autorité a été blâmée par quelques personnes, et en vérité nous ne voyons pas sur quels motifs. Sous prétexte qu'il n'y a *ni médecine de l'État ni charte médicale*, il sera donc loisible d'enseigner à la jeunesse, qui paye pour recevoir une instruction sérieuse, les plus monstrueuses absurdités et les plus fatales erreurs? Nous ne comprenons pas cette logique. L'autorité, vis-à-vis des corps enseignants, est investie de

droits qui sont pour la société une garantie précieuse, le droit de remontrance d'abord, celui de suspension ensuite, ce qui ne veut pas dire de destitution. Si un professeur de médecine se livre à de tels écarts d'enseignement que la conscience publique en soit révoltée, c'est le droit, c'est le devoir du ministre de l'admonester d'abord, de suspendre le cours ensuite si ces écarts continuent. Vous ne voudriez pas sans doute que, sans crainte de l'autorité, un professeur de droit pût enseigner la révolte contre les lois, qu'un professeur de théologie pût prêcher l'athéisme ; pourquoi admettez-vous qu'un professeur de médecine puisse impunément enseigner la négation de toute science médicale? Et l'homœopathie, est-ce autre chose que cela? Non, dans l'espèce, l'intervention de l'autorité a été juste et légitime; tous les hommes de bon sens doivent l'approuver, et tous ceux qui, comme nous, aiment et respectent l'antique école de Montpellier doivent s'en féliciter si cette intervention a mis un terme au déplorable scandale qu'elle avait trop longtemps souffert.

Moyen de rendre plus facile et plus sûre la conservation de la pierre infernale. — M. le professeur Dumeril a trouvé un procédé fort simple qu'il emploie depuis longtemps et avec succès pour conserver sans altération le nitrate d'argent fondu, coulé en baguettes minces, rondes ou plates. Ce moyen consiste à faire fondre sur le feu dans un vase une certaine quantité de très-bonne cire à cacheter dite des graveurs, qui contient beaucoup de laque, et à y tremper les cylindres ou tablettes de pierre infernale. La cire à cacheter s'y applique et les recouvre complétement; elle y adhère de toutes parts et très-fortement comme un vernis inaltérable à l'air, et dont la surface est très-lisse. Ainsi disposée, la pierre infernale peut être touchée impunément ; elle ne tache pas les doigts ; cette enveloppe la met à l'abri de l'action de l'air humide; lui donne une très-grande solidité ; elle résiste à la pression du porte-pierre qu'elle n'attaque plus. Ce moyen est également beaucoup plus commode pour l'usage ; car on peut ne découvrir, à l'aide d'un grattoir ou d'un canif, que la portion du crayon de nitrate d'argent que l'on veut faire agir sur les parties, ce qui est précieux lorsqu'on a à cautériser des ulcérations de la gorge, des aphthes, des fissures, etc. On modifie ainsi uniquement les surfaces ulcérées, et les parties voisines sont préservées au moyen de la couche mince de cire à cacheter qui recouvre les autres points du caustique.

Médecins-vérificateurs des décès à Bruxelles. — La régence de Bruxelles vient d'établir dans cette ville des médecins-vérificateurs des décès, comme il en existe depuis longtemps à Paris et dans plusieurs

villes de France. Liége déjà avait adopté cette utile institution. Depuis le mois d'octobre dernier, deux docteurs en médecine, MM. Verstraeten et Marinus, ont été nommés à ces fonctions pour la ville de Bruxelles. Ils sont tenus d'examiner scrupuleusement la personne décédée ; en cas de doute sur la réalité de la mort, ou si l'état du cadavre présentait quelque indice de mort violente, le médecin-vérificateur doit en donner avis sur-le-champ à l'officier de l'état civil, pour qu'il soit sursis à l'enterrement. Parmi les dispositions réglementaires, nous n'indiquerons que la suivante. Afin que les médecins-vérificateurs mettent toujours le même zèle et la même exactitude à remplir leurs fonctions, le règlement les rend responsables des conséquences que pourraient entraîner les inhumations précipitées : « Si après que le vérificateur aura déclaré que la mort est réelle, le corps donnait des signes manifestes que la vie n'est pas éteinte, il sera destitué, sans préjudice de toute poursuite qui pourrait être dirigée contre lui aux termes des lois. »

— M. le docteur Bessières vient d'être nommé professeur de clinique interne à l'école préparatoire de médecine de Toulouse.

— Un concours sera ouvert le 11 juillet prochain devant la Faculté de Montpellier pour cinq places d'agrégés. Les candidats nommés entreront de suite en exercice.

— Comme nous l'avions prédit, l'expérience a fait justice du mode de thèses imposé il y a trois ans aux aspirants au doctorat. Le conseil royal s'est enfin aperçu qu'en établissant le système des questions tirées au sort comme sujet des dissertations inaugurales, il avait détruit toute émulation et fait qu'on n'ajoutait plus aucun prix à l'acte que les élèves considéraient comme le plus important. Par une décision récente, le ministre a rétabli l'ancien mode. Dorénavant les candidats auront la liberté de choisir le sujet de leur thèse; seulement ils auront à répondre à une série de questions tirées au sort et imprimées sans développements à la suite de leur dissertation.

— Les juges du concours qui va s'ouvrir pour les quatre places de médecins du bureau central sont MM. Delaroque, Nonat, Baffos, Pariset, Honoré, Bérard aîné et Auvity; suppléants, MM. Chomel et Ricord.

— Le conseil municipal de Toulouse vient de donner le nom de Delpech à une des rues de cette ville. C'est un hommage qu'elle rend à la mémoire du célèbre chirurgien qui naquit dans ses murs et devint une des gloires médicales de la France.

— Un congrès scientifique doit avoir lieu cet automne à Strasbourg, et déjà se font avec activité les travaux préparatoires. L'ouverture de la session a été fixée au 28 septembre, afin de permettre aux savants étrangers de se rendre à Strasbourg à l'issue du congrès allemand de Mayence. La médecine locale y sera représentée par M. le professeur Forget et par M. le docteur Stœber. Divers médecins étrangers à l'Alsace ont manifesté l'intention de s'y rendre ; on compte parmi eux : M. Guépin, professeur à Rennes ; M. le professeur Leupaldt d'Erlangen ; M. Florent-Cunier, de Bruxelles ; M. Vleminckx, président de l'Académie de médecine de cette dernière ville.

— M. le docteur Jules Guérin, rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, vient d'être élu membre de l'Académie royale de médecine.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'INFLUENCE CURATIVE DE LA GROSSESSE SUR LES ENGORGEMENTS DE LA RATE, QUE LAISSENT APRÈS ELLES UN CERTAIN NOMBRE DE FIÈVRES INTERMITTENTES.

Il y a un point de vue intéressant de la grossesse, qui n'a été que vaguement étudié, c'est celui de l'influence que cet état complexe de l'économie exerce sur un certain nombre d'états morbides. Remplis de l'idée de la supériorité de la méthode expérimentale sur les autres méthodes dans la culture des sciences, nous ne portons ordinairement qu'un regard distrait sur les grands phénomènes qui résultent du jeu naturel des forces dont est doué l'organisme. Sans nier les résultats importants que nous devons à cette méthode, il serait facile d'établir cependant que les vérités qui sont entrées dans la science par la voie de l'observation directe et de l'induction sont plus nombreuses et plus importantes encore ; dans tous les cas, ce qu'aucun esprit non prévenu ne saurait mettre en doute, c'est que ces deux méthodes, se complétant l'une par l'autre, sont loin d'avoir rendu à la médecine spécialement tous les services que celle-ci est en droit d'en attendre. Pour ne point sortir du sujet même dont nous nous occupons en ce moment, et pour y faire l'application de la réflexion générale qui précède, qu'est-ce qui aujourd'hui s'occupe un peu sérieusement de la physiologie de la grossesse ? qui songe à étudier les manifestations nouvelles par lesquelles la vie se traduit dans ces conditions particulières ? A part quelques accoucheurs distingués, qui tout en pratiquant leur art sont restés médecins, il en est fort peu qui voient dans une femme enceinte autre chose qu'un utérus contenant le produit de la conception, et qui après un laps de temps déterminé doit s'en séparer. En nous plaçant à un point de vue si rétréci, il est impossible qu'un grand nombre de résultats importants ne nous échappent. Jetons un coup d'œil rapide sur l'état général d'une femme qui se trouve dans de semblables conditions, et peut-être pourrons-nous pressentir déjà l'influence que les changements notables qui surviennent alors peuvent exercer sur certaines affections concomitantes. Un des phénomènes qu'on observe le plus constamment chez les femmes dans l'état de grossesse, c'est une pléthore générale, tendant à se localiser tantôt dans un point tantôt dans un autre ; cette pléthore résulte du surcroît d'énergie que prennent à la fois la digestion et l'hématose. Telle est l'activité avec

laquelle s'exercent alors ces deux importantes fonctions, que la nutrition, tout en augmentant elle-même d'énergie d'une manière marquée, ne peut épuiser ordinairement la surabondance des matériaux qui lui arrivent. On observe dans les sécrétions un certain nombre de phénomènes, qui, pour être moins constants et moins uniformes, n'en révèlent pas moins les changements intimes qui sont survenus dans l'organisme. La sensibilité, qui est en général augmentée, exprime de diverses manières qu'elle n'est plus dans son état physiologique; enfin il n'est point jusqu'au moral qui ne ressente le contrecoup de cette révolution qu'a subie l'économie tout entière. Bien que les changements qui se remarquent de ce côté chez la femme soient beaucoup moins prononcés que ceux qui surviennent dans les instincts chez les femelles des animaux placées dans les mêmes conditions, ces changements n'en sont pas moins remarquables et faciles à observer tous les jours. Tels sont les changements profonds qu'entraîne et développe successivement l'état de grossesse dans les principales fonctions de la vie, et comme terme de toutes ces modifications, nous voyons surtout la force de création, la plasticité se déployer dans toute sa puissance; or, si en face de ce tableau nous reprenons la question thérapeutique dont il s'agit ici, si nous nous demandons quelle influence doivent exercer sur les maladies actuelles des conditions générales si puissantes et qui saisissent la vie dans la plupart de ses principaux modes de manifestation, nous pourrons bien ne pas conclure à une action curative de ces modifications profondes, mais il nous sera au moins impossible de ne point admettre que divers états morbides coëxistant avec le développement de phénomènes physiologiques si nouveaux, doivent en recevoir une influence quelconque; c'est ensuite à l'observation directe à déterminer d'une manière précise ce mode d'influence.

Quoique, comme nous l'avons dit déjà, ce sujet si plein d'intérêt n'ait été qu'effleuré, il est pourtant un certain nombre de faits qui s'y rapportent directement, que l'observation a constatés d'une manière rigou reuse. C'est ainsi qu'un grand nombre d'observateurs ont reconnu que la marche des affections cancéreuses et de la phthisie surtout est en général suspendue pendant le cours de l'état de grossesse; malheureusement il n'y a alors que simple suspension des accidents de ces graves affections, et quand après l'accouchement la vie a repris sa modalité normale, il semble le plus ordinairement que les lésions organiques, qui paraissaient s'être momentanément effacées, reprennent tout à coup un plus haut degré d'intensité. Ici déjà nous voyons éclater l'influence puissante que la physiologie nouvelle créée par l'état de grossesse exerce sur les lésions développées sous les conditions de la physiologie normale; et ce

ne sont point ici de ces lésions purement fonctionnelles, fugaces, éphémères, qu'une perturbation quelconque atteignant soudainement l'organisme peut effacer ou même faire complétement disparaître; il s'agit ici de diathèses générales, qui ont leurs racines dans les plus intimes profondeurs de l'organisme, et dont la marche se trouve momentanément suspendue par le seul fait de l'influence des conditions nouvelles dans lesquelles celui-ci se trouve placé. Un autre fait qui par son importance se place immédiatement à côté de celui-ci, et qui a été également bien constaté, c'est que très-souvent les femmes enceintes sont mises à l'abri des maladies contagieuses. Enfin, en consultant les auteurs dans la pensée d'y rechercher les faits tendant à établir que l'état de grossesse a mis fin à certains états morbides dont on avait vainement cherché la solution par les ressources ordinaires de l'art, on trouve des cas de chlorose, d'affections cutanées de diverses natures, de ramollissement des os, de céphalalgie chronique, d'hystérie, d'épilepsie, etc., qui ont disparu sous l'influence des conditions nouvelles que développe la présence du fœtus dans le sein maternel. Mais c'est ici surtout que se fait sentir le vague et l'incertitude que nous avons dit régner dans la science sur ce point intéressant de pathologie. Beaucoup de ces faits ne sont point entourés de détails suffisants pour pouvoir être acceptés d'une manière définitive. Pour ceux dont l'authenticité ne saurait être mise en doute, il est à regretter qu'ils soient éparpillés dans la science, et que personne jusqu'ici n'ait tenté de les rassembler, en les groupant autour de leur influence génératrice. Nous sommes convaincu que ce serait là un travail qui, pour être plus modeste dans ses prétentions que la plupart de ceux qui éclosent aujourd'hui sous le soleil, n'en serait pas moins digne de fixer l'attention des médecins, qui pensent que tout l'homme n'est point renfermé dans les cinq sens dont il est pourvu. Nous nous bornerons à émettre ici cette idée; peut-être germera-t-elle quelque jour, si elle vient par hasard à tomber dans quelque terrain propice; en attendant, qu'on nous permette d'exposer ici quelques faits positifs, qui pourront servir de point de départ.

Nous avons eu occasion d'observer un certain nombre de cas d'engorgements de la rate, consécutifs à des fièvres intermittentes de divers types, et dont le développement d'une grossesse ordinaire dans sa marche a amené la complète et définitive résolution. Si l'on conçoit, et si d'ailleurs on est forcé d'admettre l'influence exercée dans certains cas, par l'état de grossesse, sur les divers états morbides que nous avons indiqués plus haut, à plus forte raison conçoit-on qu'un état général, caractérisé surtout par une augmentation notable de l'énergie de la force plastique, et par la direction presque exclusive de cette force vers l'appareil de la

génération, on conçoit, disons-nous, que cette force, s'appliquant à un organisme malade, fasse disparaître une maladie consistant uniquement dans un engorgement passif sanguin, et qui a son siége dans un simple diverticulum de la circulation générale. Quelques auteurs ont rapporté des cas de fièvre intermittente opiniâtre, qu'a fait cesser sans retour l'état de grossesse ; il est vraisemblable que dans plusieurs de ces cas, où le diagnostic, manquant de précision, n'accuse point d'une manière explicite un développement anormal de la rate, il est vraisemblable, disons-nous, que la longue durée du mal avait, dans quelques-uns de ces cas au moins, fini par déterminer cet accident consécutif, et que la grossesse, survenant en de semblables conditions, a mis fin à la fièvre, en éteignant le foyer qui le plus souvent entretient celle-ci et lui donne ce caractère d'opiniâtreté que nous rencontrons trop fréquemment. On va voir du reste, par l'exposé des faits qui suivent, qu'une grande analogie tend au moins à accréditer cette idée.

Voici succinctement un premier fait que nous avons eu occasion d'observer il y a deux ans environ : Mme S..., âgée de quarante et un ans, ayant eu plusieurs enfants, et jouissant habituellement d'une bonne santé, est prise, à la fin de l'hiver de 1839, d'une fièvre intermittente tierce, qu'on parvient plusieurs fois à supprimer à l'aide du sulfate de quinine méthodiquement employé, mais qui, dès que l'on cesse ce médicament, reparaît avec une opiniâtreté désespérante ; la malade avait éprouvé cinq ou six de ces rémissions, quand je la vis pour la première fois : soupçonnant que la rate devait faire saillie dans l'hypochondre gauche, j'examinai la malade dans ce sens, et reconnus en effet dans cette région une tumeur considérable, dont je ne pourrais pourtant préciser exactement les dimensions. Je prescrivis le sulfate de quinine à hautes doses, des frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain, quelques purgatifs; la fièvre se supprima irrévocablement, mais la tumeur de l'hypochondre persista dans les mêmes conditions d'étendue et de dureté. Nous en étions à déplorer l'inutilité des moyens reconnus les plus puissants en pareils cas, lorsque la malade nous fit part des soupçons qu'elle avait d'être grosse. La grossesse était en effet réelle : à mesure que cet état marchait, la santé de Mme S... se consolidait, le teint blafard, anémique, s'animait un peu ; mais ce qui nous frappa davantage, ce fut la diminution remarquable qu'avait subie la tumeur de l'hypochondre dès la fin du quatrième mois de la grossesse. Comme on le pense, nous suivîmes avec le plus grand intérêt la marche de la résolution ; malheureusement bientôt le développement et l'ascension du globe utérin nous empêcha en partie de poursuivre notre observation. Enfin à l'époque ordinaire l'accouchement eut lieu, et sans accident aucun. Quand la matrice abaissée nous

permit de faire une complète exploration, nous reconnûmes que l'engorgement avait totalement disparu ; nous ne pûmes même saisir la rate, ce que nous avons attribué à l'état de laxité et de plissement considérable des parois abdominales.

Dans un second cas que nous avons eu occasion d'observer l'an dernier, qui a la plus grande analogie avec le cas qui précède, et que nous croyons également devoir esquisser rapidement, il s'agit d'une pauvre femme âgée de trente-deux ans, déjà mère de quatre enfants, et qui tous les quatre sont encore dans la première enfance : cette femme, qui a longtemps habité à la campagne une maison étroite, basse, humide, et non carrelée, a eu plusieurs fièvres intermittentes. Lorsque nous l'observons, elle est débarrassée d'une de ces fièvres, nous dit-elle, depuis un an. Ce dont elle se plaint en ce moment, c'est d'être faible, de maigrir chaque jour, et de se voir, en un mot, tous les jours dépérir. Après avoir examiné la poitrine, et n'avoir observé de ce côté que des phénomènes normaux, nous examinâmes l'abdomen, et reconnûmes au premier toucher que la rate avait un développement anormal : bien que moins prononcé que dans le cas précédent, cet engorgement était cependant assez notable : les antécédents de la malade nous l'expliquaient. Nous recourûmes aux moyens usités en pareil cas, nous ajoutâmes même à ceux que nous avons indiqués plus haut un vésicatoire large sur la région hypochondriaque gauche; aucun amendement notable ne fut obtenu. Comme dans le cas précédent, la malade devint enceinte, et, comme dans ce cas aussi, nous pûmes dans les premiers temps reconnaître évidemment une diminution dans le volume de la tumeur splénique, et après l'accouchement nous assurer que toute tumeur avait disparu.

Il serait difficile, en présence de ces deux cas, de méconnaître un rapport de causalité entre le développement de la grossesse et la disparition progressive d'un engorgement chronique de la rate : dans les deux cas, la maladie est combattue avec suite et à l'aide d'une médication énergique, et aucun amendement n'est obtenu ; c'est alors que les deux malades deviennent enceintes ; dès lors nous voyons peu à peu la tumeur splénique diminuer, et quand, l'accouchement ayant eu lieu, nous pouvons de nouveau explorer la région hypochondriaque, nous trouvons que la rate a repris son volume normal. Du reste, il est quelques faits dans l'ordre pathologique, qui, s'ajoutant aux considérations physiologiques que nous avons précédemment exposées, tendent à nous éclairer sur le mode de cette influence curative si remarquable : c'est ainsi que Prosper Alpin[1]

[1] Cité par M. Martin Solon dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, article *Hématémèse*.

rapporte qu'ayant été atteint d'une fièvre quarte, il éprouva un vomissement de sang d'environ six livres, et se trouva délivré sans retour de cette maladie. M. Latour, d'Orléans, rapporte dans son *Traité des hémorrhagies* plusieurs cas d'individus atteints de fièvres intermittentes compliquées d'engorgements de la rate, et dans lesquels une hématémèse abondante devint une crise salutaire. Quand on sait que, dans l'état de grossesse, l'utérus appelle à lui une si grande quantité de sang, tant pour son développement propre que pour fournir à l'évolution fœtale, ce qui se passe ici n'offre-t-il point la plus grande analogie avec la fluxion sanguine qui amène des hémorrhagies aussi considérables?

Dans les deux autres cas que nous avons eu occasion d'observer, nous n'avons pu suivre, comme dans les deux cas précédents, la marche de la résolution de la maladie; mais, comme on va le voir, la cause de cette heureuse terminaison n'en est pas moins évidente. L'une de ces femmes fut atteinte d'une tumeur dans l'hypochondre gauche à la suite d'une fièvre intermittente quotidienne qui durait depuis trois mois, lorsque, pour la première fois, elle devint enceinte. La malade était dans ce dernier état depuis un mois lorsque nous l'observâmes. La tumeur, dure au toucher, s'étendait jusqu'à l'ombilic; son développement semblait surtout s'être fait en longueur. Comme déjà la fièvre se composait d'accès moins prolongés, et qui même manquaient quelquefois, nous pensâmes que le travail de la grossesse mettrait fin à cette maladie en même temps qu'il résoudrait l'engorgement viscéral. En conséquence, nous nous abstînmes de toute médication. La malade vint nous revoir, après son accouchement, dans la vue de nous consulter sur un accident nouveau qu'elle éprouvait : l'abdomen examiné avec le plus grand soin, nous reconnûmes aisément que l'obstruction splénique avait complétement disparu. Le dernier cas qu'il nous a été donné de rencontrer est en tout semblable au premier, sauf cette circonstance, que l'engorgement du viscère consécutif à une fièvre intermittente tierce nous a semblé, d'après le rapport de la malade, avoir déjà notablement diminué par le bénéfice du sulfate de quinine à hautes doses, quand elle devint grosse pour la troisième fois. Comme dans le cas précédent, d'ailleurs, après l'accouchement l'hypochondre gauche avait recouvré sa souplesse normale, et il nous fut impossible même de circonscrire la rate, tant son développement était peu considérable.

Dans notre opinion, la résolution de l'engorgement viscéral sous l'influence des conditions nouvelles que l'état de grossesse développe au sein de l'organisme, est une opération essentiellement vitale : c'est, si l'on veut, une révulsion exercée au profit de l'organe malade par le travail de plasticité dont alors l'utérus devient le siége. On pourrait pourtant se

demander si la compression lente, graduelle, qu'éprouvent les viscères abdominaux par le développement et l'ascension successive de la matrice contenant le produit de la conception, n'est pour rien dans la résolution de l'engorgement dont il s'agit. Nous ne voudrions pas nier certainement d'une manière absolue l'influence de cette cause, nous pensons même que les faits que nous venons de rapporter autoriseraient des expériences faites dans l'intention de déterminer l'influence de la compression exercée méthodiquement sur cette sorte de lésion. Toutefois, la simplicité de ce mode de résolution ne doit point nous faire oublier que, dans plusieurs des cas que nous venons de rapporter, nous avions déjà très-positivement constaté une diminution notable dans le volume de la tumeur, avant que l'utérus n'eût acquis un développement assez considérable pour exercer sur la rate malade une compression un peu marquée. Du reste, nous le répétons, ceci est à rechercher.

Une autre remarque que nous ne devons point non plus négliger de faire, c'est que, d'une part, la grossesse survenue soit au milieu d'une fièvre intermittente, soit simplement en coïncidence avec un engorgement de la rate remontant à un temps plus ou moins éloigné, n'en a pas moins suivi sa marche ordinaire avec la plus parfaite régularité. Chez trois d'entre nos malades, des symptômes de pléthore générale se sont développés à des époques différentes, mais à un assez haut degré pour que l'une d'elles ait dû être saignée deux fois, et les deux autres une fois. D'un autre côté, les enfants que ces mêmes femmes ont mis au monde étaient tous les quatre ordinaires quant au développement, et aux signes habituels de la santé. Enfin, nous avons vu précédemment qu'un certain nombre d'affections graves voyaient leurs symptômes s'amender, s'effacer même quelquefois; puis, l'accouchement terminé, reparaître, affecter une marche beaucoup plus rapide et entraîner en peu de temps la mort des malades. Se passerait-il ici quelque chose d'analogue à ce qui arrive dans ces sortes d'affections, et la grossesse ne ferait-elle qu'effacer momentanément une lésion qui plus tard devrait se reproduire? Nous avons perdu de vue plusieurs de nos malades, et ne saurions dire ce qui leur est advenu en un temps plus ou moins long après leur accouchement : une seule d'entre elles est restée et se trouve encore actuellement sous nos yeux, et nous pouvons affirmer qu'aucune tumeur anormale n'existe dans l'hypochondre gauche, qu'elle jouit d'une santé excellente. Il est peut-être utile dans ces cas que les femmes nourrissent elles-mêmes leurs enfants; par là on entretient une fonction surnuméraire en quelque sorte, qui, au même titre que la grossesse elle-même, peut exercer une révulsion favorable aux tissus plus ou moins profondément altérés. Pour nous, nous n'avons pas même besoin du secours de

l'analogie que nous prête ce dernier fait pour résoudre la question de la résolution définitive du mal. Nous avons constaté peu après l'accouchement, que toute trace d'engorgement viscéral avait disparu chez toutes les malades qui ont été soumises à notre observation; la cause qui a produit cet heureux changement dans la vitalité, les actions organiques intimes d'un tissu plus ou moins profondément lésé depuis un temps assez long, est une de ces causes métasyncritiques puissantes que nous voyons quelquefois transformer une constitution tout entière; nous ne saurions douter, même en présence des résultats incomplets de l'observation directe, que l'action de cette cause n'ait emporté d'une manière définitive une maladie ne consistant peut-être qu'en une simple stase sanguine. D'ailleurs que les observateurs, maintenant avertis, dirigent leur attention sur le point intéressant que nous venons de toucher, les faits ne peuvent manquer de se reproduire; qu'ils ne perdent point de vue leurs malades avant que leur observation soit complète, et l'incertitude que cet article aura pu laisser encore dans quelques esprits se dissipera, et il restera démontré pour tout le monde que la grossesse peut exercer l'influence sur la résolution d'un engorgement viscéral, qui ne se joue que trop souvent des médications les plus rationnelles et les plus persévérantes. Mais nous voudrions qu'on tirât de ce petit travail une conséquence plus large et plus féconde que celle que nous venons d'exprimer; nous désirerions qu'on sentît qu'il serait peut-être utile de dérober à l'observation active, ou à l'expérience proprement dite, quelques bribes du temps qu'on lui consacre d'une manière trop exclusive, et qu'on employât ce temps à l'observation simple des grands phénomènes de la vie. Qu'on interroge après la mort tous les tissus de l'organisme; que, faisant momentanément abstraction de la vie qui les animait, on étudie avec la plus sérieuse attention les modifications que la maladie a apportées dans leurs propriétés physiques; que, pour arriver sur ce point à des résultats importants, on mesure l'étendue des organes, qu'on cherche à apprécier les changements survenus dans la circulation locale, dans la consistance, l'élasticité des tissus, etc.; que, ne se bornant point aux solides, on embrasse dans cette analyse complète les liquides eux-mêmes, qu'on les soumette aux réactifs propres à en démontrer la composition, qu'on appelle même au secours de l'analyse chimique, souvent impuissante, un instrument qui constate l'état des liquides sans les décomposer, le microscope. Nous ne nierons certainement point les données intéressantes dont la science par là peut s'enrichir; mais, quelque précieux que soient les enseignements puisés à ces diverses sources, l'observation directe de la vie est appelée à fonder cette science plus large et plus certaine: c'est de là que sont sortis les premiers principes sur lesquels elle

repose, c'est de ce côté qu'elle doit creuser, pour trouver enfin l'assiette fixe qui lui manque encore. S.

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES PLEURO-PNEUMONIES GRAVES OBSERVÉES A LA CHARITÉ, ET SUR LEUR TRAITEMENT.

Les pleuro-pneumonies dont il s'agit dans cet article se lient, par la nature du sujet, avec la note publiée dans le dernier numéro, sur la pleuro-pneumonie épidémique observée dans les Vosges par M. Carrière. Nous disons qu'elles se lient par la nature du sujet, puisqu'elles comprennent des maladies du même genre, et que de plus elles peuvent être considérées comme la transition trop commune de l'état aigu de ces affections à un état chronique. Toutefois, les pleuro-pneumonies dont nous avons à parler ne forment pas, comme celles reproduites par M. Carrière, une grande scène pathologique analogue à toutes les maladies populaires ; mais elles ont cela de particulier que les considérations qui en sont l'objet peuvent s'appliquer sans exception à toutes les familles de ces mêmes classes de maladies.

Les lésions du poumon ou de la plèvre, et à plus forte raison celles de l'un et de l'autre, doivent toujours être considérées comme des affections graves; mais il y a quelques circonstances qui les rendent beaucoup plus alarmantes : c'est lorsqu'elles viennent s'ajouter à une lésion déjà chronique des organes respiratoires. Témoin dernièrement de plusieurs cas semblables à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Fouquier, nous allons reproduire ces cas, et montrer à quels caractères on peut reconnaître le danger des affections du même genre, et surtout par quels moyens il est possible de les pallier ou de les conjurer.

Obs. I. Un ouvrier journalier, âgé de vingt-six ans, toussait depuis longtemps, cinq ou six mois environ, lorsqu'il y a trois jours, s'étant exposé à un courant d'air froid, il fut pris d'une douleur vive à la partie antérieure et supérieure de la poitrine du côté droit; il éprouva en même temps de la toux, une grande gêne de la respiration et un crachement de sang. A son entrée à l'hôpital, le pouls est plein, développé et fréquent, la peau chaude et humide; il y avait une douleur vive au côté, des crachats visqueux et sanguinolents, la respiration bronchique, et de la matité du thorax par la percussion.

Le lendemain, la bronchophonie et la matité persistent; mais on perçoit de la crépitation sur la limite de la bronchophonie; les crachats sont visqueux et de couleur jus d'abricot. La respiration bronchique a lieu surtout au sommet du poumon; sous l'aisselle, elle est accompagnée d'un peu d'œgophonie. Prescription : saignée du bras; le sang a donné un caillot épais et consistant, sans couenne inflammatoire. La fièvre était très-forte, redoublait tous

les soirs, et il s'y est joint du délire. Le malade est du reste très-faible et très-abattu. Une seconde saignée a été pratiquée le lendemain. On a prescrit concurremment 20 centigrammes de tartre stibié dans une potion gommeuse à titre de résolutif; en outre, on a pratiqué une troisième saignée, suivie d'une quatrième, dans l'après-midi. M. Fouquier se propose de traiter ainsi ce sujet par des saignées répétées, en attendant l'intervention des épispastiques. Dans son opinion, cette maladie est très-grave, tant à cause de l'état de faiblesse préexistante du sujet qu'à cause de l'ancienneté de sa toux.

Ce qu'il y a de plus clair dans l'observation précédente, c'est la présence des symptômes d'une pleuro-pneumonie entée sur une toux ancienne, chez un jeune homme faible, mal placé pour pallier ces fâcheuses circonstances à l'aide de précautions hygiéniques. Une première question à se faire dans le concours de tant de causes de débilitation radicale, c'est si de semblables dispositions autorisent à traiter ce malade par des saignées réitérées. Certainement on rencontre dans la pratique des affections fort graves, accompagnées de toutes les apparences de la faiblesse, et qui exigent, malgré ces apparences, l'emploi des émissions sanguines; mais les affections comme celle de ce malade, qui ont lieu chez une personne usée par une maladie longue escortée de l'action de circonstances hygiéniques les plus capables de ruiner les forces, ne sauraient que par des exceptions très-rares se trouver dans une pareille condition. La nature de la maladie actuelle pouvait autoriser sans doute l'intervention de quelques émissions sanguines, ayant pour objet de détourner des organes malades un mouvement fluxionnaire trop précipité; mais, encore une fois, nous regardons le plan de traitement proposé contre ce sujet, c'est-à-dire l'emploi de la méthode antiphlogistique comme diamétralement contraire aux exigences de ces maladies. Que doit-il résulter de la persistance dans cette méthode? Il n'est pas difficile de le décider: c'est l'épuisement progressif du malade, et la soustraction du peu d'énergie qui lui reste pour aider à la résolution de l'engorgement de la poitrine. Les praticiens d'aujourd'hui, accoutumés par un système médical vraiment déplorable à verser le sang à tout propos et en grande quantité, ne tiennent pas encore assez grand compte de l'état des forces de leurs malades: ils traitent ceux-ci comme s'ils devaient attendre la guérison de la lancette seule, et comme si la réaction par laquelle s'opère réellement la solution des maladies pouvait se passer des forces du malade. Aussi qu'arrive-t-il? c'est que trop souvent ils engagent des malades que la nature aurait guéris, dans des accidents formidables dont ils ont la plus grande peine à les débarrasser, tandis qu'avec une attention plus scrupuleuse à conserver le bon état des forces, ils en auraient triomphé à la longue. Nous pensons donc, pour nous résumer à l'égard de l'observation précédente, que la méthode antiphlogistique, comme base du

traitement, n'était pas ici de mise; que la persévérance dans l'emploi des saignées doit jeter le malade dans une prostration croissante, et qu'on doit s'attendre à le voir tomber dans les dangers d'une maladie de poitrine chronique, qui aboutira à la mort par la phthisie. Que fallait-il faire pour détourner un tel présage? le voici, si nous ne nous abusons pas : dès l'entrée de ce malade, la rapidité de la congestion pulmonaire, l'intensité de la fièvre, suggéraient une saignée et peut-être deux, de une palette et demie à deux palettes, sans parler des adoucissants et des pectoraux. Les symptômes urgents maîtrisés par cette pratique, il fallait recourir à l'emploi des épispastiques, ou peut-être encore mieux à celui d'un exutoire fixe sur la poitrine si le malade était trop faible, et au bras s'il était encore assez fort; concurremment avec les applications topiques, le régime lacté et une nourriture légère auraient remédié au reste de l'affection pulmonaire, en attendant que l'on pût passer à une nourriture plus solide; à sa sortie de l'hôpital, l'air pur de la campagne, si la saison en avait permis l'usage, aurait consolidé la guérison. Citons une autre observation.

Obs. II. Un homme, âgé de trente-huit ans, tailleur, issu d'une mère asthmatique, est lui-même atteint de la même affection depuis plusieurs années; en outre, il a éprouvé dans ce temps une maladie aiguë de la poitrine du côté gauche, et a conservé depuis une toux assez fréquente, avec expectoration de crachats blancs abondants. Cet homme avait été amené récemment à la Charité, se plaignant de la fièvre, d'un frisson presque continuel, de toux, de dyspnée, de crachats légèrement teints de sang. Il avait de plus la langue blanche, de l'anorexie, le ventre endolori, des vomissements bilieux, et point de garde-robe. Le pouls était faible, fréquent; la respiration faible, faisant entendre un léger râle crépitant; il y avait de la matité et de la bronchophonie à droite et en haut. Le thorax, qui était sonore à droite et en arrière, présentait dans tout le côté gauche un souffle vésiculaire avec du râle sibilant partout. Ce sujet est affaibli, maigre, chétif; sa poitrine est fortement bombée en avant.

Cet homme offrait donc deux maladies distinctes, l'une chronique et l'autre aiguë. L'affection aiguë avait les caractères d'une pleuro-pneumonie; l'affection chronique a tous les attributs de l'asthme. La première de ces affections a été traitée par une saignée générale, précédée d'une application de ventouses scarifiées. Celle-ci a disparu; mais l'affection chronique a persisté. Ici, on n'est pas tombé dans la faute signalée précédemment: on s'en est tenu à une seule saignée et à une application de ventouses scarifiées. Aussi l'affection aiguë s'est-elle dissipée en trois ou quatre jours, au lieu de s'éterniser comme dans le premier sujet. Pourtant nous pensons que l'appareil symptomatique de ce malade requérait un traitement plus actif, dont celui qu'on a employé ne nous paraît for-

mer que la moitié. Le traitement que nous aurions proposé aurait consisté, en effet, d'abord dans l'émission sanguine pratiquée; mais immédiatement après nous n'aurions pas hésité à administrer un émétique. L'indication de l'émétique était formelle chez ce sujet; car la fièvre était peu vive, les symptômes thoraciques peu prononcés; d'ailleurs, l'état de la langue et des fonctions digestives révélait évidemment la présence de saburres. L'émétique administré dans ces circonstances aurait probablement emporté plus rapidement la maladie aiguë, et il aurait au moins beaucoup soulagé la maladie chronique. Ce ne serait pas la première fois qu'on aurait vu un appareil symptomatique prolongé pourvu des caractères réunis ici, amendé ou ajourné indéfiniment par l'administration de l'émétique. Nous ajouterons, comme confirmation de l'indication de l'émétique chez ce sujet, que les affections régnant à cette époque offraient les signes des affections catarrhales-gastriques, deux éléments morbides fort susceptibles de céder rapidement à l'administration d'un éméto-cathartique. Une dernière observation établira le grand parti qu'on peut tirer quelquefois de l'émétique dans les maladies de poitrine.

Obs. III. Un homme, âgé de trente-cinq ans, garçon de magasin, habituellement bien portant et assez bien constitué, but froid, le corps en sueur, et il fut pris aussitôt d'une douleur vive au côté droit, de toux, de dyspnée avec fièvre, crachement de sang et quelques vomissements bilieux. A la première visite il présentait l'état suivant : pouls plein, fréquent; peau chaude, halitueuse; toux très-fréquente avec dyspnée; crachats visqueux, liquides, semblables à une solution de gomme et légèrement rouillés; douleur vive à la partie antérieure et inférieure de la poitrine du côté droit, s'exaspérant pendant les efforts de toux; matité dans cette partie; anorexie; selles nulles. Le lendemain on découvre de l'œgophonie dans la partie inférieure du côté droit de la poitrine. Le jour suivant, l'œgophonie avait envahi tout le côté droit, et il y avait en outre de la bronchophonie et une crépitation fine.

La pleuro-pneumonie de ce sujet n'était pas équivoque : elle occupait évidemment le côté droit; mais quel était le caractère de cette pleuro-pneumonie? car le titre seul de pleuro-pneumonie ne révèle que le siége de la maladie, et il s'agit surtout pour le praticien d'en déterminer la nature. Eh bien, la nature de la pleuro-pneumonie dont il s'agit était catarrhale bilieuse. Le caractère bilieux a été constaté par M. Fouquier, et il avait en outre pour symptômes la teinte ictérique de la face, la couleur analogue des crachats, l'état saburral de la langue, des éructations amères, l'absence de garde-robes et les vomissements bilieux. Les vomissements ne suffisent pas à faire croire à l'existence du caractère bilieux d'une pleuro-pneumonie; il faut le concours de tous les signes, et mieux que tout cela encore, la connaissance de la constitution régnante. Or, à tous ces égards, la pleuro-pneumonie de ce sujet avait droit de passer

pour une pleuro-pneumonie bilieuse. Ce diagnostic posé, qu'y avait-il à faire pour s'en rendre maître? Stoll, Finke et tous les grands praticiens le prouvent par leurs expériences : il fallait administrer résolument un éméto-cathartique. Toutefois, l'état du sujet et l'exaspération des symptômes ne comportaient pas dans ce cas particulier l'administration immédiate de l'émétique. Ils suggéraient les délayants pendant vingt-quatre heures avant d'y recourir, ou, ce qui était plus expéditif, de pratiquer une saignée générale et de donner aussitôt après l'émétique. Ce n'est pas ainsi qu'on a procédé. On a bien pratiqué une saignée générale copieuse, après quoi on a eu recours à 20 centigrammes d'oxyde d'antimoine à titre de résolutif seulement; mais la nature, qui se joue de nos théories, a transformé heureusement le prétendu résolutif en éméto-cathartique, en sorte qu'après des évacuations abondantes par haut et par bas, les symptômes de pleuro-pneumonie ont été guéris. Ce n'est plus une chose nouvelle que la guérison presque instantanée, à la suite de ce puissant remède, des affections aiguës de la poitrine; il serait aisé d'en citer des milliers d'exemples. Aussi nous ne comprenons pas l'extrême réserve qu'apportent encore les praticiens d'une certaine école dans l'administration des éméto-cathartiques. Nous disons que nous ne comprenons pas leur pusillanimité dans ces circonstances; nous devrions dire qu'elle est très-aisée à comprendre par l'opinion fausse dont ils ne sont pas encore parvenus à se défaire, que les noms de pleurésie, de pneumonie ou de pleuro-pneumonie sont corrélatifs à ceux d'inflammation. Espérons toutefois que la génération médicale future achèvera de secouer le joug de la médecine physiologique, et que, mieux conseillée par une observation dépouillée de préjugés, elle ne verra dans les pleuro-pneumonies, comme dans toutes les maladies organiques, soit aiguës, soit chroniques, qu'une lésion anatomique susceptible de diverses natures et attaquable conséquemment par diverses méthodes thérapeutiques.

M. Carrière a très-bien apprécié cette vérité dans l'excellente note sur les pleuro-pneumonies observées dans les Vosges l'hiver dernier. Il ne s'est pas borné à asseoir le diagnostic de ces affections sur la base au moins fort peu solide de l'anatomie pathologique, qui ne saurait jamais éclairer que sur le siége des maladies; il a tâché de s'élever jusqu'à la détermination de leur nature, et il y est parvenu en analysant l'influence du milieu, et principalement des circonstances atmosphériques dans la production de ses pleuro-pneumonies. C'est par là qu'il a pu reconnaître que les affections dont il a parlé avaient bien décidément le caractère inflammatoire, et qu'il s'est trouvé en mesure de leur appliquer la méthode thérapeutique la plus appropriée à leur nature. Nous faisons des vœux pour que les praticiens négligent beaucoup moins qu'ils ne le font

les relations de l'atmosphère avec l'homme malade, et qu'ils retournent aux enseignements si précieux fournis là-dessus par Hippocrate et par la longue série des travaux des grands praticiens de tous les pays et de tous les siècles.

CONSIDÉRATIONS SUR LA CURABILITÉ ET LE TRAITEMENT DU RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL.

Le but de ce travail est de fixer l'attention des praticiens sur la curabilité du ramollissement cérébral.

Le ramollissement cérébral a passé jusqu'ici, auprès de la plupart des médecins, pour une affection tout à fait incurable, nécessairement mortelle, et dont l'étude, bonne tout au plus pour les anatomo-pathologistes, n'intéressait en aucune façon la pratique. C'est là une grave erreur. Avant de présenter quelques faits destinés à donner un démenti aux opinions le plus généralement répandues sur ce sujet, je demande la permission d'exposer quelques considérations générales relatives au point de l'histoire du ramollissement qui nous occupe.

Deux opinions sont en présence touchant la nature du ramollissement cérébral : la première considérant l'altération connue sous ce nom comme inflammatoire, comme une encéphalite; la seconde la regardant tantôt comme inflammatoire, tantôt d'une nature toute différente. Ainsi on en a fait une altération anémique ou même gangréneuse, par cessation ou par diminution de l'abord du sang, une lésion scorbutique, ou putride, ou *sui generis*, ou dépendant des progrès de l'âge. Les auteurs qui se sont le plus attachés à généraliser l'idée de la nature inflammatoire du ramollissement cérébral, MM. Bouillaud et Lallemand, n'ont pu s'occuper du ramollissement des vieillards, parce qu'ils ne l'avaient pas observé. Quant aux autres observateurs, frappés de la fréquence de cette affection à un âge avancé, ils se sont figuré que cette circonstance devait tenir à quelque chose de spécial, et leur imagination a travaillé d'après cette idée.

Il est à ce propos un fait bien remarquable et sur lequel il convient de fixer la plus grande attention, parce que ce n'est pas seulement un fait scientifique, mais encore un fait philosophique. C'est que parmi les auteurs qui ont émis des théories diverses sur la nature du ramollissement cérébral, il n'en est pas un, pas un seul, qui ait cherché à appliquer ses idées théoriques aux faits en particulier; je m'explique : ces écrivains, et je parle de tous ceux qui peuvent faire autorité en cette matière, Rostan, Andral, Abercrombie, Copland, Carswell, etc., disent : « Le ramollissement est tantôt inflammatoire, tantôt d'une autre nature ; »

mais vous attendez inutilement qu'ils vous indiquent les caractères de l'une et de l'autre de ces altérations. Ils rapportent des observations; mais vous cherchez en vain quelque classement, quelque appréciation des faits particuliers..... En un mot cette distinction de plusieurs espèces de ramollissements, ces auteurs en parlent bien lorsqu'ils traitent de la nature de la maladie ; mais quand il s'agit de ses symptômes, de ses caractères anatomiques, de son étiologie, de sa marche, etc., il n'en est plus question..

Il serait cependant bien important de savoir à quoi s'en tenir sur ce sujet. Il n'en est point dont l'intérêt soit plus pratique. En effet, si le ramollissement est de sa nature inflammatoire, nous possédons des indications précises pour son traitement; que si au contraire le ramollissement est tantôt inflammatoire, tantôt autre chose, nous ne saurons plus que faire : nous devrons chercher un remède spécifique pour le ramollissement *sui generis*. Nous nous garderons d'employer les antiphlogistiques dans le ramollissement anémique ; nous signifierons au malade atteint de ramollissement par oblitération des vaisseaux, par gangrène, qu'il n'a rien à attendre de nous, et nous serons surtout fort embarrassés jusqu'au moment où on nous aura appris à quel signe se reconnaîtront les ramollissements spécifiques, anémiques, séniles, putrides, etc.

La première condition, je dirai même la seule, pour arriver à quelque chose de précis sur la nature du ramollissement, et il est singulier qu'elle ait été jusqu'ici aussi complétement négligée, c'est d'étudier le ramollissement à son début, à l'époque où il n'a encore éprouvé aucun de ces changements inévitables dans toute lésion anatomique un peu ancienne, puis de le suivre successivement à travers toutes les transformations que le temps peut lui faire subir. Or personne ne semble s'être encore avisé de suivre une marche si simple, si naturelle, on peut presque dire si facile ; on n'a même pas pensé à cette division élémentaire et indispensable du ramollissement aigu et du ramollissement chronique. Au lieu de cela, si, chez un individu paralysé depuis plusieurs années, on rencontre un ramollissement sans altération de couleur, on trouve tout simple de le classer parmi les ramollissements *blancs* inflammatoires ; puis on fait encore des ramollissements *jaunes*, des ramollissements *rouges*, etc.

Si l'on suit, dans l'étude du ramollissement, une méthode naturelle, telle que celle qui doit guider dans toute recherche de pathogénésie, on trouvera que le ramollissement cérébral débute constamment par une congestion sanguine générale ou locale du cerveau.

Cette proposition, que je considère comme la clef de l'histoire du ramollissement cérébral, est basée sur l'appréciation des symptômes

aussi bien que des lésions anatomiques propres au ramollissement aigu; et l'étude des périodes consécutives de cette maladie concorde parfaitement avec celle de son début, en nous montrant les résultats d'un travail inflammatoire développé à la suite de la congestion sanguine primitive.

Je ne puis qu'énoncer ici ces faits généraux. Je leur ai accordé quelques développements dans un travail récemment publié[1]; je leur consacrerai une plus large place dans un traité du ramollissement cérébral qui paraîtra prochainement. Je me hâte d'arriver aux faits dont l'étude est le but spécial de ce mémoire, mais qu'il était indispensable de faire précéder de ces quelques considérations.

Le ramollissement cérébral peut guérir à deux époques bien différentes de son existence : soit tout à fait à son début, alors qu'il n'est pas encore parvenu à cet état de désorganisation qui ne permet un retour complet ni de la pulpe nerveuse à sa texture normale, ni en général des fonctions cérébrales à leur intégrité primitive; ou bien au contraire à une période plus ou moins avancée de son développement, alors que la désorganisation de la pulpe nerveuse s'arrête et subit un travail d'induration ou de cicatrisation analogue au mode de guérison des foyers apoplectiques. On comprend l'importance de cette distinction fondée sur l'époque de la guérison du ramollissement : dans le premier cas, il peut y avoir disparition complète et de l'altération anatomique et des symptômes qui la révélaient; dans le second, il y a persistance et d'une lésion organique et souvent d'un certain degré d'altération dans les fonctions encéphaliques. Il me suffit, pour justifier la légitimité du mot de *guérison*, même dans ces derniers cas, de les rapprocher encore une fois de ceux de guérison des hémorrhagies cérébrales.

Je n'ai pas l'intention de me livrer ici à une étude complète des modes de guérison du ramollissement cérébral. Pour cela, il me faudrait prendre successivement chacune des phases de cette maladie et montrer comment elle se comporte anatomiquement et symptomatiquement pour arriver à ce résultat, *la guérison*. L'anatomie pathologique devrait jouer un grand rôle dans ce travail, en nous apprenant à reconnaître le ramollissement dans certaines lésions du cerveau, trouvées chez des individus ayant autrefois subi des accidents cérébraux complétement dissipés; nous verrions alors que beaucoup d'altérations, jusqu'ici attribuées à des foyers hémorrhagiques guéris, ne sont autre chose que des ramollissements arrêtés dans leur développement, mode de cicatrisation ou de guérison indiqué par Georget et par MM. Bouillaud, Lallemand,

[1] *Archives générales de médecine*, nos de janvier, février et avril 1842.

Andral, M. Rostan lui-même, mais mieux étudié dans ces derniers temps par M. Dechambre [1] et le docteur Sims [2].

Mais ce n'est pas ici la place d'un semblable travail. Je dois me contenter de rapporter quelques observations de ramollissements guéris, dans lesquelles la nature des symptômes ne peut laisser aucun doute sur la nature de la maladie, observations adressées surtout aux praticiens pour les encourager dans le traitement d'une maladie à laquelle on a si faussement attribué un caractère de fatalité.

Obs. — Étourdissements, pertes passagères de connaissance; puis hémiplégie droite devenue graduellement complète; céphalalgie, troubles de l'intelligence et de la parole, douleurs vives dans les membres. Disparition de tous ces accidents. Persistance seulement d'un peu de faiblesse dans la main droite.

Mme Garci, demeurant rue Saint-Jacques-la-Boucherie, 13, âgée de quarante-huit ans, a toujours mené une vie très-active et assez misérable. Elle est maigre et d'apparence assez chétive; cependant elle affirme n'avoir jamais fait de maladie et n'avoir jamais été saignée. Elle a quatre enfants. Les règles viennent très-régulièrement et sont très-abondantes depuis plusieurs années. Elle était il y a quelques années sujette à des migraines fortes et fréquentes : il m'est impossible de me procurer à ce sujet des renseignements bien circonstanciés; seulement il paraît que ces migraines ne s'accompagnèrent d'aucun autre phénomène morbide, et ne semblèrent pas influer notablement sur l'état général de l'économie.

Ces migraines avaient beaucoup diminué de fréquence et d'intensité, lorsqu'elles reparurent avec plus de violence il y a un an. Depuis cette époque, il arrivait quelquefois à la malade, la nuit, d'être prise de mouvements involontaires dans les membres inférieurs, qui sautaient malgré elle; elle éprouvait aussi parfois la même chose dans le bras gauche. Lorsqu'elle était debout, quelquefois elle ne sentait plus la terre sous ses pieds. Elle éprouvait encore de temps en temps des étourdissements, et on croyait qu'elle allait tomber du haut mal. Voilà, avec quelques douleurs vagues dans l'épaule et le bras gauche, à peu près tout ce qu'elle aurait ressenti pendant plusieurs mois.

Il y a deux mois, elle tomba sans connaissance, rue des Arcis. On la rapporta chez elle, et elle reprit ses sens au bout d'une demi-heure. Il ne paraît pas que cette attaque se soit accompagnée de paralysie. Depuis elle est encore tombée deux ou trois fois à la suite de violents étourdissements; mais elle revenait promptement à elle. Les membres gauches venaient quelquefois tout à coup à être pris de faiblesse : ainsi quand elle marchait ou lorsqu'elle travaillait. Il lui fallait alors s'asseoir, ou elle laissait tomber son ouvrage; mais cela se dissipait toujours au bout d'une demi-heure ou d'un quart d'heure. Du reste elle sortait toujours pour ses affaires et cousait en-

[1] Dechambre, *Mémoire sur la curabilité du ramollissement cérébral* (*Gazette médicale*, 19 mai 1838).

[2] Docteur Sims, *Mémoire sur la guérison du ramollissement du cerveau* (*Gazette médicale*, 28 juillet 1838).

core il y a quinze jours. Pendant tout ce temps, elle souffrait de maux de reins, de douleurs surtout dans l'épaule et les membres gauches : c'était un sentiment de froid profond, des douleurs vives. Il y avait aussi une céphalalgie intense et continue. On me rapporte également que depuis une quinzaine de jours elle n'avait pas toujours sa tête, disait des choses extraordinaires, riait sans propos.

Il y a huit jours, à la suite d'un étourdissement sans perte de connaissance, il est survenu de nouveau dans les membres gauches une faiblesse qui ne s'est point dissipée. Elle pouvait encore marcher et remuer sa main; mais la paralysie a fait des progrès graduels et rapides. Depuis trois jours il lui est impossible de se soutenir. Je fus appelé près d'elle le 16 janvier 1842.

Elle était pâle, l'air un peu égaré, la bouche fortement déviée à droite, les deux yeux déviés de ce côté sans pouvoir se diriger dans un autre sens; la langue se tirait droite et sans peine. La parole était monotone, gênée; par instans elle le devenait davantage, et la malade sentait que sa langue refusait de se mouvoir. Elle répondait à toutes les questions avec assez de précision, mais quelquefois cherchait assez longtemps ou répétait plusieurs fois la même chose; elle riait machinalement. Les pupilles, un peu dilatées à un jour faible, se resserraient à peine à l'approche d'une lumière.

Le membre supérieur gauche était complétement paralysé, sans aucune roideur; les mouvements du membre inférieur étaient faibles et difficiles, surtout ceux des orteils. Mouvements parfaitement libres à droite.

Elle éprouvait des douleurs vives dans le membre inférieur gauche : c'était comme si on lui suçait les os; c'était une sensation d'un froid profond qui court et des engourdissements pénibles. Elle avait éprouvé depuis quelques jours la même chose dans le membre supérieur; mais depuis qu'il était tout à fait paralysé, elle n'y ressentait plus rien. Elle souffrait seulement beaucoup dans l'épaule et le long de l'omoplate; le froid et le contact de l'air augmentaient ces douleurs. Elle avait souffert également, dans ces derniers jours, du côté gauche de la face : il lui semblait qu'il était enflé. La sensibilité cutanée était partout normale. Il y avait une céphalalgie vive, continue, siégeant toujours au sommet de la tête, sur la ligne médiane.

La déglutition était naturelle. Il n'y avait pas de constipation; l'émission des urines était volontaire. L'état général paraissait très-bon : le pouls était calme, régulier, médiocrement développé, la peau naturelle, la langue normale; appétit, pas de soif. Il n'y avait point de sommeil depuis quelques jours. (Quinze sangsues sous l'oreille droite; sinapismes, compresses imbibées d'eau vinaigrée sur la tête, limonade, bouillon.)

17. Il n'a pris que sept sangsues à cause de l'impatience de la malade. Elle me paraît à peu près dans le même état, bien qu'elle se trouve elle-même un peu mieux. (Poser le reste des sangsues; lavement avec trois gouttes d'huile de croton.)

18. Il y a un mieux notable. La malade se sent la tête dégagée, moins douloureuse; ses idées sont plus nettes, ses réponses promptes, faciles. Elle remue un peu mieux les orteils. Rien de nouveau du reste. Les sangsues ont coulé très-abondamment; le lavemement a produit peu d'effet. (Vésicatoire derrière le cou.)

20. L'intelligence et la parole ont repris leur état normal. La malade soulève un peu le membre supérieur gauche; elle n'y éprouvait aucune sensation depuis qu'il était entièrement paralysé; hier elle y a senti des douleurs

allant du coude au poignet, et des fourmillements dans les doigts, ainsi que dans le pied. Elle se soutient un peu sur ses jambes, et fait même un ou deux pas sans appui. La céphalalgie est assez vive; les douleurs des membres n'ont pas diminué. (Prendre le matin, pendant quatre jours, 15 grammes de sulfate de soude.)

Selles abondantes, sans douleurs de ventre. Le vésicatoire du cou est douloureux et suppure abondamment. La marche devient tous les jours plus facile. Il est survenu uue bronchite qui fatigue beaucoup la malade. Elle s'attriste; elle demeure tout le jour assise sur un fauteuil, quelquefois même la nuit.

26. Presque plus de céphalalgie, plus de douleurs dans l'épaule gauche. Pour la première fois, elle meut assez bien le coude, le plie, porte l'avant-bras dans la pronation; il ne se fait encore aucun mouvement des doigts ni du poignet. Fourmillements dans la main, jusqu'au bout des doigts. Douleurs vives, secousses pénibles et répétées de la jambe gauche; hier elle était plus faible. Il est survenu à plusieurs reprises un peu d'embarras dans la langue. Pouls naturel assez développé. La malade s'inquiète beaucoup. (Huit sangsues sous l'oreille droite; sinapismes aux poignets.)

Les sangsues ont donné beaucoup de sang; il y a eu soulagement immédiat. Dès la nuit suivante, la malade s'est senti la tête dégagée, la langue plus libre. (Faire des frictions sur le membre supérieur gauche avec un liniment ammoniacal.)

4 février. Elle est gaie et dit sentir tous les jours du mieux. Elle marche bien; elle porte la main à sa tête et plie le coude sans aucune difficulté; elle essaie, mais avec un peu de peine, quelques mouvements de pronation et de supination. Les doigts demeurent immobiles; cependant elle dit que lorsqu'elle s'étire dans son lit, sa main se ferme quelquefois avec tant de force que ses ongles lui entrent dans la chair. Elle n'éprouve plus rien dans la tête. Elle a encore quelques douleurs dans les membres, *dans les os*, mais légères; des fourmillements aux extrémités. Les selles sont naturelles, l'appétit est très-grand; elle tousse toujours. Elle a supprimé son vésicatoire.

8 février. Lorsqu'on lui introduit un corps quelconque entre les doigts, ceux-ci se ferment avec assez de force; mais ils demeurent immobiles si la main est vide. (Poser de nouveau un vésicatoire à la nuque.)

15. Elle soulève sa chaufferette de la main gauche. Depuis lors le mieux marche rapidement.

20 mars. Elle fait plus d'une lieue à pied sans se fatiguer beaucoup. Les mouvements du bras gauche sont naturels; mais les doigts n'ont pas encore recouvré toute leur force : ils peuvent nouer uue rosette; mais c'est l'action la plus délicate qu'ils puissent opérer. Il n'y a plus de douleurs, ni de fourmillements, ni d'engourdissement dans le côté gauche du corps, mais seulement des douleurs rhumatismales, auxquelles elle est sujette depuis longtemps, qui se montrent également dans les quatre membres, et que la malade trouve bien différentes de celles qu'elle ressentait naguère dans les membres gauches. Il n'y a plus jamais de céphalalgie. Intégrité parfaite de l'intelligence et de la parole. L'état général paraît également satisfaisant. La bronchite s'est dissipée.

1er juin. Elle est exactement dans le même état.

J'ai rapporté cette observation dans tous ses détails, afin que la question du diagnostic ne pût laisser aucun doute dans l'esprit du lecteur. Je crois que, malgré l'absence de renseignements anatomiques, l'existence d'un ramollissement est évidente dans ce cas : non-seulement la marche des symptômes a été tout à fait caractéristique de cette maladie, mais encore il serait facile de prouver qu'ils ne peuvent être rapportés à aucune autre chose qu'à un ramollissement, c'est-à-dire ni à une hémorrhagie cérébrale, ni à une lésion quelconque des méninges, ni à une tumeur encéphalique.

Quant au traitement, ses effets ont été des plus prononcés : malgré la gravité des symptômes, malgré leur marche incessamment croissante, ils ont cédé avec une facilité inespérée aux moyens employés, et je crois qu'il serait difficile de trouver un fait qui mît mieux en évidence les rapports qui peuvent exister entre un traitement et la disparition des accidents auxquels il est opposé.

Je ne pense pas que la persistance d'un certain degré de faiblesse dans les doigts d'un membre naguère paralysé doive nous empêcher de regarder ce fait comme un exemple de ramollissement *guéri*. Sans doute, à l'époque où j'ai été appelé, il s'était déjà produit dans un point de la pulpe nerveuse une désorganisation trop avancée pour qu'il fût possible de la ramener à son état normal. Une semblable circonstance, certainement tout à fait au-dessus des ressources de l'art, doit du reste d'autant moins décourager le praticien, que les exemples de lésions anciennes, cicatrices ou cavités du cerveau, trouvées chez des individus entièrement débarrassés de tous accidents cérébraux, sont trop fréquents pour que l'on ne puisse conserver dans tous les cas l'espérance d'obtenir une guérison plus complète encore que celle de la femme Garci. Il n'est pas plus étonnant qu'un individu recouvre toute l'intégrité de ses facultés, s'il porte une cavité ou une cicatrice suite d'un ramollissement, que si ces lésions résultent d'une hémorrhagie. Le point capital, c'est d'amener le ramollissement à cet état; or, c'est ce qui était arrivé dans le fait suivant :

Obs. Une femme, âgée de soixante-dix ans, nommée Alais, mourut à la Salpêtrière d'une affection du cœur. Je ne l'observai moi-même que pendant les derniers jours de sa vie. Aux symptômes dus à la maladie de poitrine, s'étaient joints depuis quelque temps des phénomènes cérébraux, tels que hallucinations, discours étranges, insomnie, mouvements spasmodiques des avant-bras et de la face, soubresauts de tendons, etc. M. Prus, dans le service duquel cette malade se trouvait depuis longtemps, m'apprit qu'elle avait à plusieurs reprises éprouvé des accidents cérébraux tout semblables, ainsi caractérisés par de l'exaltation, du délire, de la roideur, et des

mouvements spasmodiques des membres sans paralysie. *Des sangsues au cou dissipaient en général promptement ces accidents.*

A l'autopsie, on trouva un ramollissement aigu des circonvolutions, c'est-à-dire superficiel, pulpeux, injecté et infiltré de sang, commençant à se couvrir çà et là de petites plaques jaunes; puis à côté plusieurs ramollissements chroniques, consistant en une transformation de la couche corticale en une sorte de membrane jaune, épaisse, et, au-dessous, de petites cavités à parois très-denses, grisâtres, vasculaires, pleines de liquide lait de chaux [1].

Cette femme avait éprouvé à plusieurs reprises des accidents tout à fait semblables : ils s'étaient dissipés sous l'influence d'un traitement actif, c'est-à-dire qu'ils avaient guéri. On a trouvé à l'autopsie, comme trace des accidents récents, contemporains de la mort, un ramollissement aigu; comme trace des accidents anciens, des ramollissements chroniques, ou plutôt guéris, c'est-à-dire convertis en cavités, nettement circonscrites, à parois indurées; car c'est là la seule espèce de guérison dont soit susceptible une lésion organique, quand une fois elle est parvenue à cette époque où le tissu malade a perdu le pouvoir de revenir à sa texture primitive.

L'observation suivante, en partie rédigée sur les notes qu'a bien voulu me communiquer M. Ducrest, interne du service où elle a été recueillie, me paraît encore propre à modifier le pronostic que l'on porte habituellement dans le ramollissement cérébral.

Obs. La nommée Guérineau, âgée de soixante ans, était fille de service à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle Saint-Thomas. Cette femme était assez grasse, la figure habituellement colorée, robuste et bien portante. Elle affirma plus tard qu'elle n'était point sujette aux maux de tête, aux étourdissements, et n'avait jamais rien éprouvé de semblable à ce que nous eûmes à observer chez elle. Le 21 septembre 1839, elle passa la matinée sans se sentir aucunement indisposée. A une heure, elle était occupée à récurer, lorsque tout à coup elle éprouva un étourdissement et sentit en même temps que ses membres droits étaient devenus *très-légers*. Aussitôt défaillance, vomissement suivi d'une selle, sueur.

Appelé immédiatement, M. Ducrest la trouva encore assise sur le bassin, la face rouge, les pupilles à peu près égales, la sensibilité intacte, mais les mouvements faibles du côté droit; elle se sentait tout ce côté engourdi, et surtout le pied. Nausées; pressentiments funestes; elle songe à faire ses dernières dispositions. Il n'y a aucune roideur dans les membres; le pouls est concentré, peu fréquent. (Saignée de 500 grammes; sinapismes; limonade d'eau de Rabel; lavement avec trois gouttes d'huile de croton.)

Pendant toute la journée, les vomissements se répètent, dès que la malade remue. Une sensation de froid se répand dans les membres du côté droit, et des crampes douloureuses surviennent dans la jambe et la cuisse. La

[1] Voyez les détails de cette observation dans les *Archives*, cahier de février 1842, page 168.

tête s'incline à gauche; elle est chaude et douloureuse; bâillements fréquents; pouls à 68, un peu plus développé.

A 7 heures du soir, la faiblesse des membres droits s'accroît; ils sont le siége de crampes répétées, d'engourdissements, de fourmillements. Pouls fort, développé, à 80. Tendance au sommeil. (Saignée de 360 grammes.)

22. Face colorée; tête chaude et douloureuse; un peu de somnolence. La faiblesse est plus grande à droite, avec des engourdissements douloureux et des crampes très-vives. La sensibilité est intacte. Nausées; soif vive; pouls fort et fréquent. (Saignée; lavement purgatif.)

Le soir, même état. De plus, elle dit éprouver de temps en temps des secousses convulsives dans les membres droits; ils sont douloureux au toucher, ainsi que le côté droit de la joue et du tronc. Diplopie. (Saignée).

23. La vue est confuse de l'œil gauche. Douleur à la tempe gauche. Céphalalgie au front et à l'occiput. Tous les phénomènes observés hier se reproduisent. (Potion avec gomme-gutte, 60 centigrammes; 20 sangsues aux malléoles; vésicatoire au mollet.)

Le soir, le pouls a perdu de sa force et de sa fréquence. Coliques, plusieurs selles.

24. Pour la première fois, la bouche est un peu abaissée à droite. Le bras droit a repris un peu de force; l'exaspération de la sensibilité cutanée a diminué et les crampes ont disparu. Fourmillements dans le côté droit du corps. Tendance continuelle à l'assoupissement. (Sangsues derrière les oreilles; vésicatoire à la nuque; lavement purgatif; bouillons.)

Il paraît que Guérineau a tout à fait perdu la mémoire de ce qui s'est passé dans les premiers jours de sa maladie; car elle affirme maintenant qu'elle a passé trois jours sans connaissance; mais elle présentait seulement un état habituel de somnolence, dont on la faisait sortir aisément; elle exprimait parfaitement tout ce qu'elle éprouvait; ses idées étaient seulement un peu confuses, la parole lente et monotone; il n'y a jamais eu de délire.

25. La céphalalgie, la rougeur de la face, la diplopie persistent, ainsi que les nausées quand elle remue. Plus de douleurs ni de crampes dans les membres droits; elle serre un peu mieux la main. Moins d'assoupissement; quelques bâillements. (Potion avec 15 grammes de teinture de jalap; lavement purgatif; limon. tartar.)

26. Les membres droits recouvrent un peu de force. (Chiendent nit., péd.; sinapisme.)

27. La céphalalgie est plus vive, la face est rouge; le pouls a repris de la fréquence et de la force. Engourdissements dans le côté droit de la face; inquiétude. (10 sangsues aux apophyses mastoïdes; compresses d'eau vinaigrée sur la tête; lavement purgatif.)

1er octobre. La face est bien symétrique. La vue est toujours double quand elle regarde des deux yeux en même temps. Elle meut assez bien le côté droit; elle prend du tabac, bien qu'avec un peu de peine, de la main droite. La peau est toujours un peu sensible au toucher dans tout le côté droit du corps; elle y éprouve partout des engourdissements incommodes, même dans la moitié droite de la langue. Elle sent aussi bien de la narine droite que de la gauche. Peu de céphalalgie; lourdeur au front; un peu d'assoupissement; rêvasseries. (Eau de Sedlitz.)

4. Les engourdissements diminuent; il n'y en a plus qu'à la pulpe des

doigts et à la face. Plus de nausées, ni de céphalalgie; elle se sent seulement la tête faible. Plus de sensation de froid dans les membres.

20. Guérineau se lève et marche; elle n'éprouve plus que de la pesanteur et des picotements dans les membres droits.

J'ai revu cette femmme il y a peu de temps, le 28 mai de cette année. Elle est actuellement reposante à la Salpêtrière. Elle a toujours conservé un certain degré d'affaiblissement dans les membres du côté droit. Sa marche est assez régulière, et elle ne se sert point de canne, mais elle ne peut faire de longues courses; elle ne peut marcher plus de vingt minutes, une demi-heure. Sa main droite serre avec beaucoup d'énergie; elle s'en sert comme autrefois pour les actions les plus habituelles; elle tricote, mais elle ne peut qu'à peine coudre; l'aiguille lui échappe alors souvent, et elle ne peut la ramasser que de la main gauche. Elle éprouve du reste continuellement des engourdissements dans ces membres, et même des douleurs profondes, siégeant surtout autour des jointures; les mouvements les réveillent. La pression n'est nullement douloureuse. Elle est toujours très-rouge. Elle souffre continuellement de la tête; mais c'est plutôt une sensation de lourdeur que de véritables douleurs. Du reste l'état général est fort satisfaisant; toutes les fonctions s'exercent bien. L'intelligence est bien conservée; la parole n'est jamais altérée. Guérineau n'a jamais eu aucune rechute; elle n'est point retournée à l'infirmerie, et n'a même demandé aucun conseil pour diminuer ses maux de tête, ses engourdissements, parce qu'elle ne veut pas s'adresser aux médecins et aux internes de l'hospice, qui ont remplacé ceux qu'elle connaissait autrefois. Cependant je la décide à se faire pratiquer une saignée.

Je ne pense pas que le diagnostic puisse, cette fois encore, donner lieu à contestation. Il suffit de faire remarquer que l'hémorrhagie cérébrale et la méningite sont les deux seules affections qui, dans les cas de ce genre, puissent être confondues avec le ramollissement, pour que l'on soit convaincu que Guérineau ne peut avoir eu autre chose que cette dernière. Du reste, elle a été vue, à l'époque où elle a présenté ses accidents les plus graves, par M. Cruveilhier, M. Prus, et un peu plus tard M. Dalmas; et il y a eu un accord général parmi les chefs de service, comme parmi les internes de l'hospice, touchant l'existence d'un ramollissement. Le pronostic le plus grave avait été porté, non-seulement à cause de la nature de l'affection, mais encore à cause de l'intensité des accidents, et cependant la malade a guéri, non pas complétement, je l'avoue, en ce sens qu'il reste sans contredit une altération quelconque, cavité ou cicatrice, dans un point de l'encéphale, mais cependant à un degré inespéré; car bien loin de penser qu'elle pût jamais recouvrer l'usage presque complet de ses facultés, on ne supposait pas qu'il lui fût possible de surmonter la période aiguë de sa maladie. Ajoutons que si cette femme avait voulu s'astreindre, depuis près de trois ans qu'elle a quitté l'infirmerie de la Salpêtrière, à un traitement et à un régime approprié, elle souffrirait beaucoup moins qu'elle ne fait de

cette tendance à la congestion dont son cerveau est demeuré le siége ; nul doute que des émissions sanguines convenablement employées, que des révulsifs sur la peau, le canal intestinal, n'eussent diminué notablement la lourdeur de la tête, la rougeur de la face, les engourdissements et les douleurs des membres, peut-être même leur faiblesse.

Les faits de ce genre ne sont certainement pas aussi rares qu'on pourrait être porté à le croire : ce qui le prouve, c'est le grand nombre d'anciens ramollissements que, dans les hospices de vieillards surtout, on trouve chez des individus ne présentant, à l'époque de leur mort, aucun indice, ou seulement quelques faibles traces de lésions des facultés cérébrales. Parmi ces altérations, quelques-unes s'étaient développées d'une façon latente, c'est-à-dire sans avoir jamais donné lieu à aucun trouble fonctionel. J'ai pu réunir un certain nombre de cas de ce genre. Les autres avaient déterminé, à l'époque de leur formation, des symptômes qu'un traitement convenable et les efforts de la nature (il est difficile d'apprécier exactement ce qui revient à l'un ou à l'autre) avaient plus ou moins complétement dissipés.

La guérison du ramollissement peut donc être facilement démontrée, non-seulement comme un fait possible, mais encore comme un fait ordinaire, et par l'anatomie pathologique, et par l'analyse de certaines observations. Si cette vérité a été jusqu'ici généralement méconnue, cela tient, d'une part, à une fausse appréciation d'un grand nombre d'altérations de la pulpe nerveuse que l'on attribuait à l'hémorrhagie, tandis qu'elles appartiennent certainement au ramollissement, et, d'une autre part, aux théories erronées à l'aide desquelles on s'était efforcé de se rendre compte de la nature du ramollissement cérébral.

Je consacrerai un prochain article à l'étude des moyens les plus convenables à employer dans le traitement du ramollissement cérébral.

Max. Durand-Fardel.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DES GRANDS EMPHYSÈMES TRAUMATIQUES,

par M. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Je me propose, dans ce Mémoire, d'aborder une question qui n'a peut-être pas une bien grande importance en elle-même, mais qui en acquiert beaucoup à un point de vue plus général, considérée comme un nouvel exemple de la facilité avec laquelle se sont fondées les doc-

trines chirurgicales au dix-huitième siècle, et de la facilité non moins étrange avec laquelle elles sont encore acceptées et professées de nos jours. Quand je dis, du reste, que la question a peu d'importance, entendez-moi bien : cela signifie simplement que la pratique, grâce au ciel, offre des occasions très-rares d'appliquer les principes établis dans les livres; mais quant à ces principes eux-mêmes, il en est qui ne seraient guère moins meurtriers que ces doctrines collatérales du trépan et des hernies engouées, que j'ai déjà démasquées et combattues; il ne s'agit, en effet, de rien moins que d'ouvrir la poitrine, comme on ouvrait l'abdomen et le crâne, pour des indications dont je conteste la réalité.

L'emphysème dont il sera ici question est celui qui provient d'une lésion traumatique des poumons, à la suite d'une fracture de côtes, d'une plaie de poitrine, d'un effort de toux, quelquefois aussi d'une simple contusion extérieure. Quand cet emphysème est léger et circonscrit, on l'abandonne à la nature; *mais lorsqu'il est considérable, qu'il continue à faire des progrès, qu'il menace de devenir universel, ou qu'il s'est déjà étendu à presque toutes les parties du corps, les secours de l'art deviennent absolument nécessaires.*

Vous le voyez, les indications sont précises, urgentes, la nécessité *absolue;* c'est Boyer qui s'exprime avec cette fermeté qui ne permet pas le doute : mais enfin en quoi consisteront ces secours de l'art?

« On doit se proposer alors, dit notre auteur, de prévenir l'infiltration ultérieure de l'air dans le tissu cellulaire; *de donner issue à celui qui est répandu dans la poitrine, et dont la présence est la cause de l'oppression violente que le malade éprouve et de la suffocation qui peut le faire périr;* enfin d'ouvrir un passage à l'air qui est infiltré dans le tissu cellulaire, et dont l'absorption serait, sinon impossible, au moins extrêmement longue. On satisfait à la première et à la seconde de ces intentions en pratiquant une incision profonde à l'endroit même de la plaie, et si c'est la fracture d'une côte qui a causé l'emphysème, sur le lieu que la fracture occupe. Mais pour que cette incision procure les effets que l'on désire, *il faut qu'elle soit assez profonde pour s'étendre jusqu'au lieu par où l'air sort de la poitrine.* Si des malades attaqués d'emphysème universel sont morts malgré cette incision, c'est sans doute parce qu'on l'a pratiquée trop tard, ou parce qu'on ne l'a pas faite assez profonde pour donner issue à l'air épanché dans la poitrine, et pour arrêter les progrès de l'infiltration. A la vérité, cette incision n'empêche pas que l'air ne continue à sortir par la plaie du poumon; mais cet air trouve une issue libre au dehors; *il cesse de s'amasser dans la cavité de la poitrine et de s'opposer à la dilatation du poumon.* D'ailleurs le passage de l'air à travers la plaie du poumon ne tarde pas à être

intercepté par le gonflement inflammatoire de ses bords, qui en favorise l'agglutination. *Cette théorie est parfaitement d'accord avec l'expérience. L'incision dont il s'agit a été pratiquée souvent dans le cas d'emphysème universel produit par la lésion du poumon dans une plaie de la poitrine, ou dans la fracture d'une côte; lorsqu'elle a été faite à temps, dans le lieu convenable, et qu'on lui a donné une profondeur suffisante, elle a eu un plein succès.* »

Je laisse de côté ce qui a trait aux simples scarifications destinées à procurer la sortie de l'air du tissu cellulaire, et aux fomentations toniques, *pour rétablir le ton des solides*. J'aurai occasion d'en dire un mot plus tard. Il suffit bien, pour le moment, de considérer ces incisions profondes, pénétrant jusqu'à la poitrine, et de méditer la grave théorie qui tend à mettre en lumière leur efficacité. J'ai transcrit en italique quelques passages plus remarquables que les autres, mais avec une sorte de regret; car tout le paragraphe eût mérité cette distinction; et toutefois il eût fallu alors des caractères particuliers pour signaler au moins les deux dernières phrases, dans lesquelles Boyer prend à témoin l'expérience.

Mais avant d'aller plus loin, est-ce là une doctrine isolée, ou bien même s'est-il élevé quelques réclamations contre elle? Non, c'est la doctrine générale; et tous les chirurgiens l'ont adoptée. Delpech regarde comme *prouvé jusqu'à l'évidence* que l'oppression, dans ces cas, dépend d'un épanchement d'air dans la cavité de la plèvre correspondante, et, pour l'évacuer, il préfère le bistouri au trocart. Dupuytren recommande également, pour dissiper la gêne de la respiration, de donner issue à l'air épanché dans la poitrine. Je cite ces deux grands maîtres; mais ouvrez tous les autres : Sabatier, Richerand, M. Velpeau, sont pour l'incision. En Angleterre, même unanimité : Bromfield, B. Bell, Abernethy, J. Bell, C. Bell, Samuel Cooper, et plus récemment M. Lonsdale, acceptent l'indication comme démontrée, et, par suite, recommandent l'opération. La doctrine a donc pour elle l'autorité, et, à en croire ses partisans, la raison et l'expérience. Qui aurait songé à l'attaquer, soutenue par de si puissants appuis?

Je dois d'abord en faire l'aveu : j'aurais laissé dormir cette doctrine avec bien d'autres, si mon attention n'eût été éveillée par deux faits qui se présentèrent dans ma propre pratique. Dans le premier cas, il s'agissait d'un emphysème extérieur assez notable déjà, circonscrit toutefois à un côté de la poitrine, succédant à une fracture de côtes. Bien que J. Bell donne cet accident comme très-commun, c'était la seule fois que j'eusse vu l'emphysème dans ces conditions : il n'y avait pas plus d'oppression que dans une fracture ordinaire, et le bandage de corps suffit pour le dissiper. Fait bien vulgaire, direz-vous, et comme tout le monde

en a pu voir de semblables. Sans contredit, et toutefois veuillez remarquer deux choses : c'est qu'après tout, l'emphysème traumatique, même léger, doit être assez rare, puisque dans le nombre très-considérable de fractures de côtes qui ont passé sous mes yeux, je ne l'ai rencontré que cette seule fois; deuxièmement, c'est que le fait le plus vulgaire fait une tout autre impression sur nous quand il nous tombe sous les yeux et sous les doigts, que quand il nous est raconté par d'autres.

Pour moi, je fus frappé tout d'abord de cette rareté à laquelle je n'avais pas encore songé, et puis du peu d'extension et du peu de gravité de mon emphysème; mais je n'allai pas plus loin; et, dans mon *Anatomie chirurgicale*, après avoir rapporté les expériences de Hewson et de M. Jobert, je conclus simplement qu'il manquait quelque chose à l'étiologie de l'emphysème.

Mais l'an dernier, j'eus à traiter un malade atteint d'un emphysème extérieur plus considérable, auquel je ne fis ni incision pour évacuer l'air, ni fomentation *pour rétablir le ton des solides*, et qui n'en guérit pas moins bien. Le cas n'est pas encore, tant s'en faut, sans exemples; mais enfin je n'en avais pas encore vu de pareil. Je me mis donc à méditer sur ces deux faits, à rechercher les observations analogues que possède la science, et enfin à appliquer complétement à l'étude de la question la méthode qui m'est familière, et que vous appellerez, si vous voulez, *méthode historique*.

La première mention de l'emphysème traumatique se trouve dans A. Paré, qui malheureusement ne le distingua pas assez de la tuméfaction inflammatoire; mais il faut arriver jusqu'à Méry pour en trouver une observation directe.

Un homme de soixante ans avait été renversé par un carrosse dont les roues lui avaient passé sur la poitrine. On reconnut une fracture des quatrième et cinquième vraies côtes dans leur partie moyenne; et peu de temps après, on aperçut au même point un emphysème assez considérable. On n'appliqua ni remèdes ni bandages ; la tumeur alla en croissant, ainsi que la dyspnée, et malgré des saignées réitérées, le malade succomba le quatrième jour. A l'autopsie, on constata un emphysème *occupant tout l'extérieur du corps, à la réserve de la plante des pieds et de la paume des mains*. Dans la poitrine on trouva une petite portion de la plèvre pulmonaire déchirée, unie au poumon d'une part, et d'autre part *tenant à une partie des côtes rompues*. A l'endroit de la fracture se voyait aux muscles intercostaux une ouverture presque imperceptible et sans aucune ecchymose. Pas une goutte de sang ne s'était épanchée dans la poitrine [1].

[1] *Académie royale des sciences*, an 1713.

Dans cette autopsie, il n'est pas dit si la poitrine renfermait de l'air. Mais ce phénomène avait été noté par Littre sur le cadavre d'un homme chez qui l'emphysème était dû à un coup d'épée. Le fait mérite une attention spéciale, comme exemple du plus monstrueux développement que puisse acquérir l'emphysème. Il présentait 30 centimètres d'épaisseur (11 pouces) sur la poitrine, 24 centimètres sur le ventre, 16 au cou et 11 dans les autres parties du corps. La plante des pieds, la paume des mains et le cuir chevelu étaient les seules régions exemptes. Les globes oculaires mêmes contenaient de l'air, et avaient acquis 36 millimètres de diamètre au lieu de 24 qu'ils ont habituellement. Enfin avant d'ouvrir la poitrine, Littre y fit une ponction qui laissa échapper une assez grande quantité d'air fétide; on trouva de plus dans la plèvre deux palettes de sang purulent. Littre se borne à dire qu'on aurait peut-être sauvé le malade s'il avait voulu souffrir l'opération de l'empyème: mais cela n'a pas même trait directement à la thérapeutique de l'emphysème.

Un premier essai, suivi de guérison, fut tenté par W. Hunter, et lu à la Société des Médecins de Londres le 31 octobre 1757.

Un jeune homme d'une taille mince et peu élevée tomba de cheval, reçut un coup violent dans le côté, et éprouva presque aussitôt de la douleur et de la dyspnée qui exigèrent une saignée. Le chirurgien qui le saigna examina le lieu blessé; mais déjà il y avait une tuméfaction si considérable qu'on ne pouvait sentir les côtes. La tumeur s'étendit à vue d'œil, gagna bientôt tout le tronc, et la dyspnée augmentait à mesure. On appliqua sur la partie des compresses épaisses imbibées de vinaigre, soutenues par un bandage très-serré, et on fit une seconde saignée le soir. Mais le lendemain matin, l'emphysème s'était si extraordinairement accru, que le sujet parut en danger et que W. Hunter fut appelé.

Il vit le malade à sept heures du soir. Il était au lit, haletant; le corps fortement enflé partout, excepté aux pieds et aux mains, où l'enflure était très-peu de chose; la peau tendue et luisante, et élevée dans beaucoup d'endroits à 3, 6 et 8 centimètres des parties sous-jacentes. Le pénis et le scrotum étaient distendus outre mesure, les paupières tellement gonflées d'air qu'elles ne pouvaient plus s'entr'ouvrir. Mais à l'exception de ces parties, où le tissu cellulaire est plus lâche, la plus grande tuméfaction siégeait vers le lieu blessé, d'où elle s'étendait de proche en proche en s'affaiblissant graduellement. Mais la respiration offrait surtout des phénomènes dignes de remarque.

L'inspiration était courte et finissait par ce resserrement de la gorge, qui arrive quand la glotte se trouve fermée; puis le blessé s'efforçait d'expirer un moment sans résultat, et la glotte s'ouvrant tout à coup,

il expulsait l'air brusquement et avec bruit, et sans délai il se hâtait d'inspirer de nouveau, comme pour tenir les poumons toujours pleins. Il ne pouvait se tourner sur le côté sain ; mais il pouvait se mettre sur son séant, et il attribuait sa dyspnée à un resserrement qu'il éprouvait vers le creux de l'estomac. Il avait craché du sang et du mucus, et une petite toux survenue depuis l'accident augmentait encore ses douleurs. Hunter examina la bouche et le rectum. Tout le tissu cellulaire compris entre la langue et les gencives était distendu ; mais il ne put trouver aucune trace d'emphysème dans le sphincter de l'anus.

On soupçonna, sans en avoir la certitude, une fracture de côte. Cependant le plus urgent étant de porter remède à l'emphysème, on fit au-dessous de l'épaule une incision de 25 millimètres par laquelle l'air sortit avec bruit comme d'un soufflet ; et par des pressions sagement combinées, on vida toutes les parties adjacentes, et le malade passa aussitôt d'un très-grand abattement à un soulagement marqué. En conséquence une autre incision fut faite à droite sur le grand pectoral, et le malade lui-même en demanda une troisième pour le scrotum, qui, à la faveur d'une simple ponction, diminua rapidement des deux tiers.

Durant la nuit, on continua à faire sortir l'air par les incisions, en sorte que le malade fut assez tranquille. Une légère augmentation de la dyspnée donna occasion de faire le lendemain matin une saignée copieuse ; après quoi, l'emphysème étant fort diminué et la respiration étant devenue plus libre, on le jugea hors de danger. Cependant la dyspnée, la toux et le crachement de sang qui s'ensuivait reparurent encore assez intenses pour qu'on fit trois nouvelles saignées dans la semaine ; mais l'emphysème n'en fut pas moins dissipé en quelques jours, et la guérison fut complète au bout de deux mois.

Les incisions de W. Hunter furent mises à profit par Russel pour un cas d'emphysème dû à une fracture du sternum chez un vieillard de soixante ans. Le gonflement était tel que le malade était menacé de suffocation. On fit une ponction au scrotum et une petite incision à la partie la plus gonflée de la poitrine. Le malade fut immédiatement soulagé. La dyspnée ne se reproduisit plus ; cinq à six jours suffirent pour dissiper l'emphysème, et la guérison entière ne demanda également pas plus de deux mois [1].

Enfin en 1767, W. Hewson vint lire à la même Société un mémoire où il préconisait comme plus expéditive et plus sûre cette nouvelle méthode, qui consiste à ouvrir la poitrine, et qui est devenue l'une des doctrines les moins contestées de la chirurgie moderne. Voyons donc sur

[1] *Observations et recherches des médecins de Londres*, traduites par Veaumorel, t. I, p. 287 et suiv.

quels faits s'appuyait l'auteur pour proposer une opération aussi grave.

Il rapportait d'abord une observation déjà publiée par Cheston. Un individu reçut un coup violent sur la poitrine qui lui fractura les dixième et onzième côtes. De là une toux incessante, des crachats teints de sang, une angoisse telle que le blessé semblait toujours près de suffoquer, la face livide, le pouls irrégulier; impossibilité de supporter la moindre compression, soit avec le bandage, soit même avec la main. On fit des scarifications pour livrer issue à l'air épanché dans le tissu cellulaire, et comme elles se fermèrent, on en fit d'autres; on y ajouta des saignées, le tout en vain. Le quatrième jour, l'air ne pénétrait plus dans le tissu cellulaire; néanmoins le malade succomba. A l'autopsie, on trouva le poumon blessé au niveau de la fracture, livide et induré au-dessous; d'ailleurs aucune trace d'épanchement ni d'emphysème interne.

Malgré cette ferme conclusion de l'autopsie, Hewson ne balance pas à admettre que tous les symptômes étaient dus à une accumulation d'air dans la poitrine. Il explique de même les cas de Méry et de Littre : solide fondement, comme on voit, de la doctrine qu'il va établir; et enfin le fait suivant, qui lui est propre, achève d'entraîner sa conviction.

Un jeune homme, dans un incendie, se précipita d'un second étage et se cassa la tête sur le pavé. On le releva sans connaissance. Le même soir, difficulté de respirer, emphysème; mort à minuit. A l'autopsie, on trouva un épanchement considérable dans le crâne; mais l'état du thorax appela surtout l'attention. L'abdomen ouvert en premier lieu, le diaphragme parut déprimé du côté droit, comme chez les cadavres à qui on a ouvert la poitrine; en incisant la poitrine même, il en sortit de l'air, et *les poumons parurent fort affaissés*. La première côte était fracturée vers son milieu et la plèvre costale un peu déchirée au niveau de la fracture, mais sans aucune lésion de la plèvre ou du poumon; et ce ne fut qu'à la face concave du poumon qui répond au diaphragme qu'on trouva plusieurs vésicules de l'épaisseur de l'ongle, et parmi ces vésicules une petite déchirure qui laissait échapper l'air qu'on insufflait dans le poumon. Il n'y avait d'ailleurs aucun épanchement dans la plèvre.

Voilà l'unique observation qui prouverait quelque chose, si elle était rapportée avec des détails un peu plus précis, et si la plaie de tête ne suffisait pas à expliquer la dyspnée et la mort si prompte Ajoutez quelques expériences sur les animaux, où l'auteur ne put produire le résultat qu'il cherchait; plus une citation de Riolan, qui dit avoir vu pratiquer plusieurs fois à Paris, avec un grand soulagement pour les malades, la paracenthèse du thorax dans des cas où *le poumon était si violemment distendu par de l'air que la suffocation était imminente*, et vous

aurez toutes les preuves d'une doctrine qui peut compter parmi les plus fabuleuses du dix-huitième siècle.

Hewson recommandait donc de faire à la poitrine une incision avec le bistouri, rejetant la ponction du trocart comme trop périlleuse; et vous avez vu dans Boyer que cette incision *a été pratiquée souvent* et avec *un plein succès*. S'il en était ainsi, on pourrait dire que la doctrine a été à la vérité reçue sans preuves, mais que les preuves sont venues plus tard, ce qui devrait toujours nous suffire. Mais quoiqu'il y ait dans l'ouvrage de Boyer bien des assertions hasardées, celle-ci peut passer à bon droit pour une des plus téméraires. Il s'en faut tellement que l'opération de Hewson ait été fréquemment pratiquée, que jusqu'ici, malgré mes recherches, je n'en ai pu trouver qu'un seul exemple; et il s'en faut tellement qu'elle ait été suivie d'un plein succès, que la malade a succombé. Voici cette observation, que Boyer aurait pu connaître, car quand il écrivit son livre, elle avait été traduite depuis longtemps dans le *Journal général de médecine*.

Une femme de quarante ans fut renversée par une voiture dont une roue lui passa sur le dos et lui fractura plusieurs côtes du côté droit. On l'apporta à l'hôpital. Déjà il y avait un emphysème des téguments avec une gêne de la respiration très-marquée. Une incision faite à la peau empêcha l'emphysème de s'étendre; la malade fut largement saignée. Néanmoins la dyspnée s'accrut, et le troisième jour elle était extrême. Harvey et Abernethy jugèrent que le poumon était comprimé par un épanchement d'air et qu'il était urgent de lui donner issue. Harvey fit une incision de deux pouces (5 centimètres) le long du bord inférieur de la septième côte, après avoir pris la précaution de relever la peau pour éviter le parallélisme. Dès que la poitrine fut ouverte, il en sortit une bouffée d'air; mais quand on eut laissé revenir la peau par-dessus l'ouverture, il n'en passa plus. Pour mieux assurer le succès, Abernethy prit une seringue à injection, en introduisit la canule dans la poitrine, et aspira ainsi l'air qui y était contenu, jusqu'à ce que le poumon vint s'appliquer à l'ouverture de la seringue; après quoi la seringue fut fermée. La quantité d'air extraite parut fort petite, eu égard à la capacité du thorax, en sorte qu'on soupçonna un épanchement liquide. On s'en tint là néanmoins. La malade, dit-on, fut soulagée et dormit six heures, après quoi la dyspnée revint aussi forte que jamais, et la mort survint trente-six heures environ après l'opération. A l'autopsie, on ne trouva pas d'air dans la poitrine, mais bien *trois pintes d'un liquide sanguinolent* [1].

Lisez et méditez cette observation, et vous verrez que le diagnostic a

[1] Abernethy's, *The surgical works*, vol. II, p. 171.

été porté fort à la légère, que la prétendue indication n'était rien moins que réelle, et que l'opération a été tout au moins inutile : ce qui n'empêche pas Abernethy et les autres chirurgiens anglais de persister dans leur doctrine.

Si vous résumez ce que nous avons dit jusqu'à présent, vous trouvez donc un précepte [chirurgical des plus graves, qui n'est appuyé sur aucun fait pertinent, et une opération généralement recommandée, bien que la seule malade qui l'ait soufferte soit morte trente-six heures après.

Eh bien, ce n'est pas tout encore; et l'opération et la doctrine sont en opposition directe avec les notions les plus positives de la physiologie expérimentale. Dès que l'on ouvre l'une des cavités pleurales, le poumon est affaissé et ne sert plus à la respiration. Vous figurez-vous qu'on ait conseillé cependant d'ouvrir la poitrine pour rendre la respiration plus facile? Est-ce là de la chirurgie rationnelle? est-ce là de la science?

Que faut-il donc faire lorsqu'il y a lieu de soupçonner un épanchement d'air dans la plèvre? Mais l'expérience nous l'a appris dans des cas où cet épanchement est une réalité : quand une plaie pénétrante a divisé la plèvre et le poumon sans notable hémorrhagie, alors on ferme la plaie extérieure, l'air épanché se résorbe, et tout est dit. Quand on pratique l'ouverture de la poitrine sur des chiens, si c'est d'un côté seulement, tout se passe comme dans les plaies de poitrine chez l'homme ; si c'est des deux côtés, le chien est menacé d'une suffocation imminente, à moins que l'une des plaies extérieures ne soit bouchée à l'instant, soit par l'application de la peau, soit par tout autre moyen. Voilà un emphysème intérieur terrible, occupant les deux cavités pleurales, affaissant les deux poumons; et l'unique remède, ce n'est pas assurément d'agrandir les plaies extérieures, c'est de les fermer.

En conséquence, l'emphysème intra-pleural ne paraît nullement grave par lui-même, et surtout il n'exige jamais une aussi grave opération que l'ouverture de la poitrine. Il y a toutefois un emphysème thoracique interne, occupant les médiastins, qui offre un péril réel, et dont la connaissance est utile pour éclairer le diagnostic et le pronostic ; c'est pourquoi je rappellerai brièvement les deux autopsies qui en démontrent la réalité.

La première appartient à Dupuytren. Un homme fut renversé dans une rixe et eut la poitrine meurtrie à coups de talon ; de là, fracture de plusieurs côtes, et un emphysème général qui dès le lendemain était énorme. On fit plusieurs incisions à la peau en diverses régions du corps, elles n'eurent aucun résultat satisfaisant ; le malade succomba quelques heures après. A l'autopsie, on remarqua surtout *la grande quantité d'air que contenaient les médiastins antérieur et postérieur, et la*

présence de ce fluide dans toute l'étendue du tissu interlobulaire. Il faut dire que l'emphysème du tissu interlobulaire pourrait bien s'expliquer par une cause antérieure aux fractures : le malade était affecté d'un asthme ancien.

Le deuxième fait a été observé par Hicks. Un enfant de dix mois, à la suite de plusieurs accès de toux très-violents, est pris d'un emphysème très-considérable à la poitrine, au cou, à l'abdomen et aux cuisses; il meurt le lendemain. A l'autopsie, en relevant le sternum, on trouva plusieurs sacs volumineux remplis d'air, provenant du médiastin antérieur; tout le tissu cellulaire de la poitrine était infiltré d'air, surtout à droite et à la racine du lobe supérieur du poumon droit. En gonflant ce poumon à l'aide d'un soufflet, l'air s'extravasait vers ce point et gagnait la plèvre, ce qui accusait la rupture de quelque tuyau bronchique ; le poumon droit seul était un peu emphysémateux [1].

A en juger d'après ces deux faits, les seuls qui soient venus à ma connaissance, l'emphysème du médiastin ne se produirait pas isolément et de prime abord, mais il serait la conséquence de l'emphysème général. Mais cette conséquence est-elle constante, ainsi que Dupuytren semble le croire? Ni les autopsies, ni les faits cliniques ne permettent de l'affirmer. Dans les autopsies de Méry, de Littre, de Hewson, rien de semblable n'est indiqué, et il est difficile d'admettre une omission pour un phénomène aussi remarquable. Sur le vivant, Dupuytren déclarait qu'il n'avait pas la moindre confiance dans les incisions cutanées pour donner issue à l'air ; probablement il entendait parler des cas où l'air a envahi le médiastin; et alors même on pouvait lui poser ce dilemme : ou bien l'emphysème médiastinique n'est pas une complication constante de l'emphysème général, ou bien les incisions cutanées ont une égale efficacité pour l'un et pour l'autre. Que s'il faut entendre les paroles de Dupuytren dans un sens plus général, et comme niant l'utilité des incisions dans toute espèce d'emphysème, évidemment il allait beaucoup trop loin.

Les succès de W. Hunter et de Russel démontrent du reste l'efficacité de ce moyen; et j'en pourrais citer un assez bon nombre d'autres. M. Ménard a publié le cas d'un enfant de neuf ans, sur la poitrine duquel avait passé une roue de voiture : le lendemain emphysème général, à l'exception des membres inférieurs; après trois saignées, la respiration était devenue plus facile; néanmoins comme elle était toujours fort gênée, M. Ménard jugea nécessaire de faire au côté gauche de la poitrine, là où avait débuté l'emphysème, une incision de deux pouces de longueur et qui n'avait pas moins en profondeur, bien qu'elle ne s'étendît pas aux

[1] Voyez les *Leçons orales de Dupuytren*, t. II, p. 210, et *Gaz. méd.*, 1837, p. 553.

parois de la poitrine; le lendemain l'emphysème avait diminué, et vers le quarantième jour il avait tout à fait disparu [1].

Mais ici se présente une autre question. L'efficacité des incisions étant mise hors de doute, est-il nécessaire de procéder à de grandes incisions, à l'exemple de W. Hunter et de M. Ménard; et n'arriverait-on pas au même but à moins de frais, et à l'aide de simples piqûres? Déjà Russel s'était borné à faire à la peau de très-petites ouvertures; et, dans la séance du 30 avril 1833, Maingault rendait compte à l'Académie royale de médecine d'un cas d'emphysème tout à fait propre à faire voir de quelles étroites issues l'air infiltré a besoin pour sortir. Un enfant avait eu le cou et la poitrine pressés par une roue de voiture; un quart d'heure après, un emphysème énorme s'était développé; on appliqua des sangsues, plutôt sans doute contre la contusion que contre l'emphysème; mais à mesure qu'elles tombaient, l'air s'échappait en sifflant par les morsures, et l'enfant fut guéri en huit jours.

Ainsi donc il n'est pas besoin de ces grands coups de bistouri pour livrer passage à l'air infiltré; une piqûre de lancette peut y suffire, comme pour évacuer la sérosité dans l'anasarque; peut-être même vaudrait-il mieux se servir du trocart, dont les piqûres sont moins sujettes encore à suppurer; l'expérience au reste a déjà parlé en faveur de ce dernier moyen.

Le docteur Jahn a rapporté l'histoire d'un prisonnier qui, ayant reçu une correction un peu forte, fut pris d'un emphysème général énorme et qui peut se rapprocher du cas de Littre : les paupières supérieures avaient la grosseur d'une pomme, et les yeux eux-mêmes étaient emphysémateux et saillants hors des orbites; le tronc et les membres avaient au moins doublé de volume; le scrotum avait le volume d'un chapeau et la verge était grosse comme le bras. La dyspnée était extrême. On donna un coup de trocart dans le scrotum : au même instant il s'échappa avec force une grande quantité d'air; le malade se sentit aussitôt soulagé, et la respiration devint plus facile et plus ample; plusieurs coups de trocart donnés sur les membres, le dos et la poitrine, achevèrent de dégager l'air en grande partie; le lendemain le malade était en très-bon état, et dix à douze jours suffirent à l'entière disparition de cet énorme emphysème [2].

Cette observation est bien propre à nous rassurer sur les assertions alarmantes de Dupuytren; et si jamais emphysème extérieur avait dû entraîner un emphysème intérieur, c'était à coup sûr celui-là. Permis à vous de soupçonner qu'en effet le médiastin a été pris, ou plus encore, chose dont il sera toujours fort difficile de s'assurer sur le vi-

[1] *Gaz. méd.*, 1838, p. 697.
[2] *Lancette française*, 23 juin 1829.

vant; du moins faut-il reconnaître qu'alors toutes les cellules infiltrées d'air communiquent ensemble, et que l'air sort du médiastin comme il y est entré, sauf peut-être les dernières bulles qui sont dissipées par l'absorption. Mais ce qui n'est pas moins important pour la pratique, c'est de voir que quelques coups de trocart ont suffi pour combattre l'emphysème le plus considérable que l'on ait jusqu'à présent conduit à guérison.

A la vérité le volume même de l'emphysème peut servir d'objection contre la généralisation de l'emploi du trocart; et si cet instrument peut bien être plongé sans crainte à travers les téguments soulevés de quinze à vingt centimètres et plus au-dessus des muscles et des aponévroses, peut-être y aurait-il quelque danger d'en égarer la pointe dans un emphysème moins considérable. Je ne veux point chercher à affaiblir cette objection, car j'ai à soulever d'abord une question préjudicielle. Est-il réellement nécessaire, est-il bien indiqué de procéder à des incisions grandes ou petites ou à de simples ponctions dans les cas d'emphysèmes qui ne dépassent pas six à huit centimètres d'épaisseur, eussent-ils même une très-grande étendue? Cette étendue, qui effrayait Boyer, n'ajoute rien au danger de la maladie, lequel gît tout entier dans la suffocation; peut-être même sert-elle à le diminuer en écartant l'air du cou et de la poitrine. Quoi qu'il en soit, si l'emphysème s'accompagne de quelque engorgement du poumon, la saignée en fera justice; et s'il est seul, on va voir par le fait suivant que la saignée n'est pas même nécessaire pour le dissiper.

Le 28 juin 1841, on apporta à l'infirmerie des aliénés de Bicêtre le nommé Foubert, épileptique, qui disait avoir avalé deux ou trois épingles, et accusait une vive douleur à la gorge. On fit peu attention à ses dires; toutefois dès le même soir un emphysème commençant occupa le cou et la poitrine; le lendemain, il y eut six accès d'épilepsie, l'emphysème fit de notables progrès, et je fus appelé le 30 au matin.

L'emphysème soulevait fortement la peau du cou et de la poitrine; d'où il s'étendait au loin de tous côtés, en diminuant du reste d'épaisseur en raison directe de la distance. A la face, il occupait les régions parotidiennes, qu'il avait élargies de façon à donner à la face une forme triangulaire à base inférieure; mais il ne dépassait pas les arcades zygomatiques. Le bras droit était infiltré d'air jusque sur le dos de la main; le gauche seulement jusque vers la partie moyenne de l'avant-bras; et il est à noter qu'aux bras l'emphysème était surtout très-marqué dans les interstices celluleux qui limitent le biceps; d'où l'on était porté à induire que l'air se trouvait à la fois sous la peau et sous l'aponévrose. L'abdomen était uniformément gonflé, hormis sur le trajet de

la ligne blanche; et l'ombilic en particulier figurait le fond d'un entonnoir dont les parois étaient formées par la tuméfaction aérienne des parties ambiantes. Le scrotum était assez distendu; les deux cuisses envahies jusqu'aux genoux, que l'emphysème ne dépassait point. Autant qu'il fut permis de s'en assurer par la pression et la mensuration, l'emphysème, à la partie antérieure du cou, avait de trois à quatre centimètres d'épaisseur, à la poitrine de cinq à six, à l'abdomen trois centimètres environ. Du reste la face était rouge, les conjonctives injectées, le pouls accéléré, la respiration anxieuse, et la voix un peu gênée. Le sujet était plongé dans un demi-assoupissement, et répondait à peine aux questions; il accusait seulement de la douleur en avalant; d'ailleurs inappétence complète. Enfin le malade ne pouvait se retourner, de sorte qu'on ne pouvait que difficilement juger de l'état des parties postérieures; cependant l'emphysème ne paraissait pas s'y étendre, sans doute à raison de la pression exercée par le poids du corps. Les caractères de l'emphysème étaient d'ailleurs très-marqués; crépitation très-sensible, et facilité de refouler l'air d'une région à l'autre par la pression, sonorité par la percussion; l'impression du doigt restait sur la peau comme dans l'œdème, toutefois un peu moins prononcée.

Ma première idée fut d'aller à la recherche des épingles, qui, d'après le récit du malade et d'après les symptômes, semblaient s'être arrêtées au haut de l'œsophage et avoir produit quelques petites ouvertures à la trachée-artère; mais le malade tenant les dents serrées mit obstacle à ce dessein. La fréquence des attaques d'épilepsie rendait aussi la saignée périlleuse; je résolus donc, avant de rien faire, d'attendre si les symptômes augmenteraient, et je tins le malade à la diète.

Le lendemain l'emphysème semblait déjà s'être affaissé; la respiration était plus libre, le pouls moins fréquent; le malade, plus éveillé, demandait du bouillon qu'on lui accorda.

Le lendemain tout danger avait disparu; l'emphysème était beaucoup diminué, la déglutition à peu près libre. Les choses tournant ainsi à bien, je ne m'occupai plus des épingles, qui ne donnèrent ni alors ni depuis aucun signe de leur présence; quant à l'emphysème, il fut un mois avant de disparaître en entier, et comme il avait débuté par le cou, ce fut également au cou qu'il persista le plus longtemps.

Voilà donc un cas d'emphysème fort étendu, dans les conditions qui, selon Boyer, exigent absolument l'intervention de l'art, et qui cependant a disparu de lui-même et sans aucune médication que la diète. Pas d'incision, pas de compression, point de topiques résolutifs. Quant à ces topiques, je ne prendrai pas seulement la peine d'en discuter la valeur; Boyer, en les conseillant, a obéi purement et simplement à la théorie; et tout

ce qu'on peut en dire, c'est qu'ils n'empêchent pas l'emphysème de se dissiper.

MALGAIGNE.

DE L'ARRACHEMENT DES POLYPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES, ET DES MOYENS D'EMPÊCHER LA RÉCIDIVE.

Des nombreux produits accidentellement développés dans les fosses nasales, les plus communs, sans contredit, sont les polypes celluloso-muqueux. Peu grave en elle-même, cette affection, au point de vue du manuel opératoire qu'elle exige, et des chances de récidive qu'elle présente, mérite, de la part du praticien, une attention plus sérieuse que celle qui lui est accordée dans la plupart des traités spéciaux.

Développés dans l'épaisseur de la membrane muqueuse en vertu d'un excès de mouvement nutritif qui en altère la vitalité et la structure, ces polypes, à mesure que leur évolution avance et se complète, se moulent sur les anfractuosités des fosses nasales où ils sont profondément situés et, par là même, difficilement accessibles aux instruments de chirurgie. Peu nombreux et d'un volume médiocre, ils ne produisent pas une gêne notable ; multipliés et volumineux, ils sont un obstacle à la respiration et modifient sensiblement le timbre de la voix, quand surtout ils refluent vers le pharynx par l'orifice postérieur des fosses nasales qu'ils obstruent alors plus ou moins complétement. Deux sujets m'ont offert cette disposition : sur chacun d'eux, plus de cinquante polypes furent successivement arrachés ; or, dans des cas semblables, l'opération n'est plus aussi simple, l'hémorrhagie peut devenir abondante et nécessiter un tamponnement. C'est surtout lorsque les polypes sont ainsi très-nombreux et qu'ils tapissent une grande étendue de la membrane muqueuse que leur récidive est à craindre, cette membrane elle-même ayant contracté depuis longtemps une disposition morbide à laquelle l'opération seule ne saurait remédier.

Les auteurs ont signalé cette tendance des polypes à repulluler, et, chose remarquable, ils ne s'occupent nullement des moyens d'en prévenir les effets : c'est une lacune qu'il importe de remplir; mais auparavant, et au risque d'encourir le reproche de nous occuper de ce qu'on a coutume d'appeler les *petits détails* en chirurgie, voyons si l'arrachement indiqué comme méthode générale de traitement, sans aucune autre indication opératoire, n'est pas susceptible de quelque développement propre à rendre son application plus féconde en résultats décisifs.

Sans doute il n'est pas possible de subordonner l'opération dont il s'a-

git à des règles inflexibles et nécessairement obligatoires, toutefois il est des précautions à prendre, et le praticien exercé se gardera toujours de les omettre : on doit ne pas perdre de vue la disposition anatomique des fosses nasales, et tenir compte de leur étroitesse naturelle, rendue plus sensible encore par les corps étrangers qu'elles renferment. C'est cette indication qui commande le choix de l'instrument, dont le volume doit toujours être le plus petit possible.

Ajoutons que les mêmes pinces ne sauraient être employées sur tous les individus : il est des cas d'exception dans lesquels les fosses nasales sont tellement étroites que ce serait s'exposer à fracturer les cornets et à contondre douloureusement les parties molles que de se servir des pinces ordinaires. J'ai eu occasion de rencontrer une disposition anatomique semblable chez une dame dont les méats nasaux étaient, ainsi que l'orifice antérieur des fosses nasales, extrêmement étroits.

Pour éviter autant que possible de faire des tentatives d'extraction infructueuse, il faut se rappeler que les polypes siégent le plus souvent au sommet des fosses nasales et sur leur paroi externe, et que, par conséquent, on devra conduire les pinces dans cette direction toutes les fois que le produit morbide, se dérobant à la vue, ne peut plus guider l'opérateur.

On doit aussi ne pas oublier que le méat inférieur, rarement le siége des polypes, présente un renflement muqueux valvulaire à l'orifice du canal nasal; que la muqueuse qui le constitue peut s'hypertrophier, donner lieu, par son développement, à une erreur de diagnostic extrêmement fâcheuse, si on faisait agir sur ce point la pince dans la persuasion où l'on serait de l'existence d'un polype.

Les pinces généralement employées ont cela de désavantageux que les mors en cuiller dont elles sont pourvues ont une courbure et une épaisseur trop considérable : leur développement se trouve ainsi difficile et douloureux.

Ce qu'il importe surtout, c'est d'obtenir entre ces mors un écartement suffisant pour saisir le polype sans que les branches s'éloignent l'une de l'autre au point de distendre et de froisser les parties molles sur lesquelles elles s'appuient. Les pinces qui remplissent le mieux cette indication sont celles que M. Lisfranc a fait modifier : les branches, très-finement évidées, se croisent quand l'instrument est fermé, si bien que lorsqu'il est ouvert au degré convenable elles se rencontrent mutuellement; ainsi on obtient entre les mors l'écartement nécessaire sans qu'il en existe le moindre entre les branches.

Une fois que le chirurgien a désobstrué la partie antérieure des fosses nasales, il s'aperçoit que la voie de communication entre elles et les ar-

rière-narines devient plus libre, il y pousse les pinces sans trop d'effort toutefois, dans la crainte de briser les cornets, accident qui n'est pas toujours d'aussi peu d'importance qu'on le dit, puisqu'une inflammation assez vive et une suppuration longue et abondante en a été le résultat. Une fois arrivé à la partie postérieure, l'instrument peut refouler vers le pharynx les polypes, qui, surtout s'ils ont un pédicule grêle et long, échapperont ainsi aux mors de la pince. Il faut alors se livrer à une manœuvre qui permet de bien explorer l'arrière-narine, et de reporter les polypes sur les mors de l'instrument : je veux parler de l'introduction des doigts dans l'orifice postérieur des fosses nasales.

Pour atteindre le but que l'on se propose, il faut introduire le doigt dans une attitude telle que son plus grand diamètre réponde au même diamètre de l'ouverture nasale.

Or, le diamètre radio-palmaire étant le plus considérable, c'est lui qui mesurera la hauteur de l'orifice gutturo-nasal; tandis que son diamètre dorso-palmaire répondra au diamètre bi-latéral ou transverse de cette même ouverture. Ainsi on pourra faire pénétrer dans les fosses nasales non-seulement la totalité de la phalange unguéale du doigt indicateur, mais aussi une partie de la phalangine. Il est inutile d'ajouter que l'opérateur se sert de la main homonyme de la narine qu'il veut ainsi explorer.

Ce temps de l'opération est souvent très-difficile, surtout chez les sujets irritables, en raison de la contraction spasmodique des muscles péri-staphylins qui tendent le voile du palais et l'appliquent avec énergie contre l'ouverture des fosses nasales. Il faut alors ne pas brusquer l'obstacle, en sachant attendre : la contraction cesse bientôt, et le doigt franchit alors sans peine cette difficulté momentanée.

Il n'est pas rare, dans l'extraction des polypes, d'éprouver autant et quelquefois même plus de difficulté à manœuvrer avec les pinces vers la fin de l'opération qu'au commencement. Il semblerait que les obstacles ne cèdent pas en raison du nombre de polypes que l'on a extraits. Persuadé qu'il en reste encore beaucoup, on cherche, on furète en tout sens, et cela sans autre résultat que de faire souffrir le patient. Cette disposition des narines est due au boursouflement de la membrane muqueuse irritée et enflammée par les efforts et les violences qu'elle a supportés. La gêne qu'éprouve la respiration contribue aussi à cet effet en déterminant des congestions veineuses vers les organes céphaliques. Il suffit de quelques heures de repos et de fomentations astringentes pour voir se rétablir la liberté des hiatus et méats nasaux, quand leur obstruction dépend de cette cause. L'opérateur pourra d'ailleurs lever cette nouvelle difficulté en conduisant l'opération avec promptitude, et surtout en ayant soin d'éviter le plus possible les recherches inutiles.

Après l'arrachement des polypes, on se borne en général à conseiller quelques bains de pied dans les cas de céphalalgie ; rarement on a recours à l'emploi des moyens propres à empêcher la récidive, accident fort commun et qu'explique l'état morbide de la membrane muqueuse des fosses nasales. Ne sait-on pas en effet qu'en vertu d'une loi de pathogénie sanctionnée par l'expérience, un produit morbide a une tendance d'autant plus marquée à récidiver sur un organe, que celui-ci y est prédisposé par une maladie antérieure? Le praticien ne se bornera donc pas simplement à arracher le polype ; derrière celui-ci il verra une lésion organique ou vitale, et il l'attaquera par des moyens convenables.

S'il existe de la douleur et de la chaleur dans les fosses nasales, si un sentiment de pesanteur et de serrement est perçu vers les régions fronto-orbitaires, les fomentations émollientes, les injections d'eau de guimauve sont indiquées ; si la phlogose était plus intense, on aurait recours à une application de sangsues derrière chaque oreille. Quand les symptômes d'inflammation ont cédé, c'est le moment alors de substituer aux antiphlogistiques un liquide astringent, une solution concentrée d'alun, par exemple ; toutefois je regarde la solution de nitrate d'argent comme le moyen le plus sûr d'éviter la récidive.

J'ai opéré deux malades qui portaient des polypes nombreux. Ayant vu la maladie récidiver dans des cas où on avait employé l'eau aluminée, je me servis d'une solution de nitrate d'argent, 4 décigrammes pour 30 grammes d'eau. A l'aide d'un pinceau en charpie trempé dans cette solution, je cautérisai sept ou huit fois les régions supérieure et latérale des fosses nasales, moins dans le but de désorganiser le tissu muqueux que de modifier ses propriétés vitales.

Des deux individus que j'ai soumis à ce traitement et chez lesquels j'avais extrait une trentaine de polypes environ, dont quelques-uns avaient déjà subi la transformation lardacée, l'un est opéré depuis deux ans, l'autre depuis dix mois ; chez tous les deux la guérison s'est maintenue : il n'y a aucune apparence de récidive, et je ne doute pas que les praticiens ne retirent les mêmes avantages de cette manière de faire, qui par elle-même n'offre d'ailleurs aucun inconvénient.

A. F.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR UN EXTRAIT OBTENU DU RÉSIDU DE L'OPIUM TRAITÉ PAR L'EAU.

Depuis longtemps on sait que les substances animales et végétales soumises à la fermentation éprouvent dans leur composition chimique et

physique non-seulement des modifications, mais encore des décompositions totales.

Partant de ce fait, nous avons cherché à nous assurer si le résidu insoluble que l'on obtient après avoir traité l'opium brut du commerce par de l'eau froide, pourrait, par une fermentation prolongée, fournir à la thérapeutique un nouveau médicament.

Ce résidu, qui est rejeté des officines comme inutile, est composé, suivant l'analyse qui en a été faite, d'une matière extractive brune, d'une matière gommeuse, du principe vireux de l'opium, de narcotine, d'une matière grasse, de résine, de sulfate de chaux, de bassorine, de caoutchouc et de fibre végétale.

L'extrait du résidu de l'opium traité par l'eau s'obtient de la manière suivante :

Résidu d'opium.	1 kilo.
Eau ordinaire, chauffée à 70 degrés.	2 kilos.
Sucre blanc.	275 grammes.
Levure de bière.	40 grammes.

Mêlez le tout dans un matras en verre; exposez-le dans une étuve chauffée à 25 degrés.

En peu de temps la fermentation se déclare; lorsqu'elle a cessé, filtrez la liqueur au papier; évaporez au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait sec;

Faites dissoudre cet extrait dans de l'eau froide pour en séparer par la filtration la résine, le caoutchouc et autres substances insolubles; ajoutez à la dissolution du sucre, de la levure de bière en suffisante quantité pour y développer une nouvelle fermentation; et lorsque cette fermentation est opérée, filtrez et évaporez au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait.

L'extrait que l'on obtient est brun, son odeur est aromatique; elle n'a aucune analogie avec celle de l'extrait gommeux d'opium; sa saveur est très-amère; il laisse dans la gorge un sentiment de chaleur désagréable; dissous dans l'eau, il rougit le papier de tournesol.

Cet extrait pris intérieurement, à la dose de deux centigrammes, a occasionné, chez une personne forte, un engourdissement général avec maux de tête; les mêmes effets se sont reproduits, mais accompagnés de vomissements. Un gramme du même extrait administré à un chien de taille moyenne, a tué l'animal en deux heures.

Cet extrait, préparé avec des résidus d'opium de qualités et de pays différents, n'a point été identique dans sa composition chimique et dans son action thérapeutique. Désirant en connaître la cause, nous reviendrons sur ce sujet. Stan. Martin, pharm.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR RECONNAITRE LE CUIVRE DANS LES CAS D'ANALYSES CHIMICO-LÉGALES.

Ce procédé est dû à M. Verguin, préparateur du cours de chimie à l'école secondaire de médecine de Lyon; il lui a été suggéré par le fait suivant : il avait, par hasard, mis sa solution dans une capsule de platine, et, voulant doser le cuivre à l'état métallique, il y plongea une lame de fer. Tant que le fer ne fut pas en contact avec la capsule de platine, aucun phénomène ne se produisit; mais à l'instant où il vint à la toucher, la capsule se couvrit d'une couche de cuivre très-adhérente, et la précipitation ne se fit plus sur le fer; l'adhérence était tellement forte que, pour l'enlever, il fallut recourir à l'acide azotique.

Il faut que la liqueur à examiner, si elle est faible, soit un peu concentrée, puis légèrement acidulée par l'acide chlorhydrique; on en place alors une goutte sur une lame de platine, que l'on recouvre d'une lame de fer bien décapée, de telle façon que le fer touche à la fois et le liquide et le platine. Au bout de quelques secondes le platine présente une couche de cuivre très-adhérente dans toute la partie qui était occupée par le liquide.

L'explication de ce fait repose entièrement sur la théorie électro-chimique. Lorsqu'on met deux métaux en contact, il y a production d'électricité; l'un d'eux est électrisé positivement, et l'autre négativement. Si une solution quelconque est soumise à l'état de la pile, le sel est décomposé, l'acide se porte au pôle positif, la base au pôle négatif. Il est des sels qui non-seulement sont décomposés ainsi en acide et base; mais de plus la base elle-même est décomposée en métal et oxygène; dans ce dernier cas le métal seul se porte au pôle négatif, l'oxygène se rend avec l'acide au pôle positif.

Or, en mettant en contact du fer et du platine, il y a développement d'électricité, développement encore activé par la présence d'une solution saline; le fer se trouve électrisé positivement, le platine négativement. Les sels de cuivre jouissent de la propriété d'être décomposés non-seulement en acide et en oxyde, mais de plus ce dernier lui-même se décompose encore en oxygène et en métal. Dès lors, l'acide et l'oxygène se portent sur le fer qui est le pôle positif de cette pile, et le métal seul se fixe sur le platine qui en est le pôle négatif.

On voit que ce procédé joint à l'avantage de faire disparaître les incertitudes des autres méthodes, celui d'être aussi simple que possible, et de n'exiger aucune manipulation qui ne puisse être faite par toute personne pourvue de quelques connaissances chimiques.

NOTE SUR UN BAUME HYDRIODATÉ.

Depuis quelques années, on emploie avec succès à Lausanne, sous le nom de *gelée pour le goître*, un médicament dont la formule, qui n'a encore été publiée dans aucun ouvrage de pharmacie, mérite cependant d'être connue. Cette gelée se prépare de la manière suivante :

Prenez	Iodure de potassium. .	16 grammes.
	Alcool à 20°. . . .	64 grammes.
Dissolvez.		
Prenez d'autre part :	Savon blanc.	24 grammes.
	Alcool à 20°. . . .	64 grammes.

Dissolvez à l'aide d'une douce chaleur ; mêlez cette dissolution encore chaude avec la précédente, aromatisez avec quelques gouttes d'essence de rose ou de lavande, et distribuez dans des flacons à large ouverture que vous boucherez avec soin. On obtient ainsi une gelée qui se conserve longtemps sans que l'iodure de potassium s'altère, comme cela arrive dans les pommades dont il fait partie. Cette gelée s'emploie en frictions ; on peut augmenter ou diminuer à volonté la proportion d'iodure de potassium.

M. F. Boudet fait à ce sujet, dans le *Journal de Pharmacie*, les observations suivantes : « J'ai préparé successivement deux doses de ce médicament, l'une avec du savon blanc de Marseille, l'autre avec du savon animal ; la première est restée complétement liquide, la seconde, au contraire, s'est bientôt prise en une gelée de bonne consistance et analogue au baume d'Opodeldoch. Cette gelée, qu'il serait plus convenable de nommer *baume hydriodaté*, s'applique avec facilité sur la peau, dont la chaleur la liquéfie promptement, et me paraît devoir être, en général, d'un emploi plus commode et peut-être aussi plus efficace que la pommade hydriodatée du Codex. On peut ajouter 5 grammes d'iode à la solution d'iodure de potassium, et préparer ainsi un *baume ioduré* correspondant à la pommade iodurée du Codex. Dans ce cas surtout on doit employer du savon qui ne contienne pas un excès d'alcali. »

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

UN MOT DE RECTIFICATION AU SUJET DE L'EMPLOI DES PURGATIFS DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Je viens de lire avec la plus grande attention les recherches que M. le docteur Becquerel vient d'insérer dans le dernier numéro de votre esti-

mable journal, recherches qui concernent l'emploi des purgatifs dans la fièvre typhoïde. Ce travail contient des faits qu'il est de mon devoir de ne pas laisser passer sans protestation.

Je ne dis pas que les assertions de M. Becquerel ne soient pas exactes en ce qui concerne les observations recueillies par l'auteur dans le service de M. le professeur Andral; mais je prétends que, comme propositions générales, elles ne peuvent être acceptées comme vraies, puisqu'à chaque instant elles sont démenties par les faits que nous recueillons à l'hôpital Necker.

M. Becquerel est particulièrement dans l'erreur quand il avance :

1° Que la fièvre n'est pas abrégée dans sa durée par l'influence des purgatifs et des éméto-cathartiques;

2° Que ce n'est que dans un petit nombre de cas que le pouls *semble* diminuer de fréquence durant l'emploi de ces médicaments ;

3° Qu'il en est de même de la chaleur de la peau, dont les variétés sont égales à celles du pouls ;

4° Que les symptômes nerveux sont en général peu modifiés par les mêmes agents thérapeutiques, et que ce n'est que *quelquefois* qu'ils diminuent d'intensité ;

5° Que, dans les cas très-graves, les effets des purgatifs sont entièrement *nuls* sur la somme totale des symptômes ;

6° Que, dans les cas de médiocre intensité, l'état général a *semblé* s'améliorer par l'effet des évacuants.

Si ce ne sont pas là les propres phrases de M. Becquerel, ces diverses propositions en sont du moins le sens, la substance. Cela étant incontestable, je demande maintenant à ce confrère s'il veut avoir la preuve que toutes ces sentences sont plus que hasardées. S'il a cette volonté, il n'a qu'à prendre la peine de suivre pendant quelque temps les malades de mon service, dont l'accès sera constamment libre pour lui. Je ne doute pas qu'il n'acquière bientôt la conviction que je suis infiniment plus heureux que M. Andral dans les cas graves, c'est-à-dire ataxiques et adynamiques, et que, par conséquent, les éméto-cathartiques et les purgatifs exercent une influence salutaire et tout à fait évidente sur la *somme totale des symptômes*. Je ne parle pas des cas tout à fait légers, attendu que sur cinquante, il n'y en a peut-être pas deux qui résistent pendant dix jours à ma méthode thérapeutique.

Faut-il que je répète maintenant à M. Becquerel que, loin d'interrompre mon traitement lorsque la langue est sèche et rouge, ce sont là, au contraire, les conditions morbides qui me déterminent à persister dans ma conduite habituelle? Cela est, je pense, tout à fait inutile; mais je crois devoir lui dire ici que dans certains cas, heureusement fort

rares, on est obligé d'employer, en même temps que les purgatifs, des frictions et des lavements camphrés, par la raison que les troubles de l'innervation montrent une opiniâtreté extrême, et que, par ce dernier agent thérapeutique, on les modère presque toujours ou on les fait cesser complétement. Le fond de la maladie n'existant pas moins, il faut se garder d'interrompre l'emploi des moyens propres à le détruire. Je ne prends jamais cette détermination que lorsque la fièvre a disparu et que tout m'invite à restaurer les forces épuisées des malades.

B. de Larroque,
médecin de l'hôpital Necker.

CARIE DE L'OS DE LA POMMETTE, DE L'OS UNGUIS, DU SPHÉNOÏDE, DU MAXILLAIRE DROIT ET DES DENTS DE CE CÔTÉ, PAR SUITE D'UN POLYPE DE LA FOSSE NASALE DROITE.

L'opération d'un polype des fosses nasales, dernièrement pratiquée à la Pitié par M. Lenoir, m'a fait naître l'idée de vous communiquer deux cas de polypes dont la gravité a eu des suites telles que les praticiens les plus haut placés peuvent y puiser des leçons de conduite et de prudence.

Le nommé Martin Teissèdre, habitant un de nos cantons voisins, Pinols, portait depuis plusieurs mois une fistule à la joue droite : il vint me consulter en cet état, et alors que plusieurs médecins du département pensaient qu'il devait aller dans un grand hôpital pour y subir une de ces opérations qui font grand bruit, et qui consistent dans l'ablation des points osseux atteints de carie. Une sonde ordinaire, introduite dans le point fistuleux, traversait l'os de la pommette, l'os unguis, le sphénoïde, le maxillaire, et venait paraître dans la bouche. Il n'existait aucun doute sur la friabilité de cette partie du squelette, d'autant plus désorganisable qu'elle est plus spongieuse de sa nature. Ce qui me parut le plus obscur, ce fut d'assigner la cause de ce désordre affreux sur un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une constitution athlétique, n'offrant aucune trace de vice héréditaire sur sa personne ni celle de ses ascendants vivants. Doué d'une énergie morale à toute épreuve, il supporta les opérations les plus sanglantes et les plus douloureuses sans se faire tenir et sans proférer la plus légère plainte. Je me livrais à toutes mes investigations, lorsque j'aperçus une des dernières molaires correspondantes totalement nécrosée : alors, prenant l'effet pour la cause, je conclus à la possibilité de la carie par suite de la maladie de cette dent. Je proposai donc au malade son extraction, et l'introduction d'un fer incandescent dans la fistule au moyen de la canule du grand tro-

cart à ponction, afin de ménager les parties molles extérieures, et de parcourir sur plusieurs points la carie qui entretenait la fistule en question. Teissèdre accepta toutes mes propositions, et résista héroïquement à toutes les manœuvres que nécessita mon entreprise. Plusieurs mois s'étaient écoulés sans que j'eusse obtenu une amélioration bien sensible; enfin je crois apercevoir, un jour que le malade se mouchait devant moi, une certaine gêne dans cette fonction, quoiqu'il ne s'en plaignît aucunement, et je demandai à le visiter; quelle fut ma surprise lorsque j'aperçus un énorme polype dans la fosse nasale droite! je redoublai de résolution, pensant que c'était à sa présence qu'était due la carie grave que j'avais à traiter : je procédai à son arrachement par les pinces. Une hémorrhagie considérable suivit; mais je la domptai facilement. Malgré de fortes cautérisations avec le nitrate d'argent, ce polype muqueux et très-vivace se reproduisit pendant six mois. Enfin je délivrai au malade un crayon de pierre infernale, et lui appris à cautériser avec force les racines du polype tous les deux ou trois jours. L'introduction d'un cylindre incandescent fut pratiquée plusieurs fois, et cette opération, secondée d'un traitement médical intérieur et extérieur, dont la base fut l'iode, a été suivie de l'élimination d'un séquestre osseux par la bouche, et d'une guérison complète au bout d'une année à dater de la première opération.

— Voici encore un fait qui a bien son intérêt pratique; c'est l'histoire d'un polype du sinus maxillaire gauche non opéré et suivi de mort.

Le nommé Gamat, âgé de trente-cinq ans, d'une constitution bilioso-nerveuse, exempt des traces extérieures du vice scrophuleux, après certains prodromes, éprouva de la gêne à se moucher, et les sensations qui résultent de la présence d'un corps étranger dans le sinus maxillaire gauche. En cet état de choses, il vint me consulter. Déjà la voûte palatine avait cédé à la pression exercée sur elle par cette masse fibreuse toujours croissante, et on apercevait une saillie du volume d'une noix. Je proposai l'arrachement par cette voie. Mais un soi-disant officier de santé surgit malencontreusement pour le malade, et l'engagea à temporiser, lui promettant de l'opérer à bien meilleur marché. Le polype fit de tels progrès en un an de temps, qu'il résulta d'une consultation des médecins du chef-lieu, que l'opération n'était plus praticable sans courir le danger d'une hémorrhagie mortelle. Cependant l'infortuné survécut dix ans. Enfin le polype, après avoir fait disparaître les dents de la mâchoire supérieure, obstrué la cavité buccale, les yeux, effacé le nez, et pris un caractère carcinomateux, s'est abcédé et a entraîné la mort du sujet.

A. Tardieu,
D. M. à Saugues (Haute-Loire).

SUR UN CAS REMARQUABLE D'ÉPILEPSIE DURANT DEPUIS CINQ ANS ET GUÉRI PAR L'EXPULSION DE VERS INTESTINAUX.

L'épilepsie, cette terrible maladie dont le nom seul fait frémir, a pour principe une infinité de causes bien différentes les unes des autres. Tout ce qui se rattache à l'histoire de cette névrose doit donc être, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, soigneusement enregistré. Voici une observation qu'à ce titre je recommande à l'attention des praticiens.

Mlle Marie Imbert, âgée de dix ans, était sujette depuis cinq ans à des attaques d'épilepsie qui chaque année devenaient de plus en plus terribles et rapprochées ; les accès allaient se renouvelant de deux à trois fois par mois. A plusieurs reprises, un de mes confrères avait prodigué ses soins à la malade, qui avait été soulagée, mais non guérie.

Le 4 janvier 1842, dans la matinée, une attaque plus violente que toutes les précédentes se déclare subitement, et je suis appelé pour la première fois dans la maison. Cette jeune personne présentait l'aspect caractéristique de l'épilepsie : perte de connaissance, convulsions, distorsion de la bouche, grincement des dents, rotation du globe des yeux, agitation de tout le corps et des membres, insensibilité complète, physionomie repoussante, respiration bruyante et stertoreuse, pouls impossible à définir à cause des contractions des muscles, langue meurtrie et et mordue, écume baveuse et sanguinolente, etc. Cet état durait depuis plus de deux heures. Plusieurs personnes qui entouraient la malade avaient peine à la contenir dans son lit. Déjà l'on avait tenté l'introduction de quelques cuillerées de thé bien chaud, parce qu'on prétendait que la jeune fille avait mangé de la neige, tombée ce jour-là en grande abondance ; mais le resserrement spasmodique des mâchoires n'avait pu permettre l'introduction du liquide. Des sangsues furent appliquées sur les extrémités inférieures, et deux vésicatoires furent placés aux bras ; en même temps, des frictions anodines et ammoniacales avaient lieu sur la région épigastrique. Quelques sueurs se déclarèrent, et la jeune malade éprouva un calme de courte durée. Ses regards étonnés errèrent sur les assistants..... Elle sembla comprendre sa position et tira son drap de lit sur sa tête. Nous profitâmes de cet intervalle lucide pour lui administrer quelques cuillerées d'une potion calmante contenant dix centigrammes d'extrait aqueux de belladone. Vers midi, Mlle Imbert avait repris l'usage de ses facultés intellectuelles. Sur les trois heures, l'épouvante fut de nouveau dans la maison à cause d'une roideur presque tétanique qui s'empara de tout le corps de la malade. Sa figure devint violacée, les veines du cou se gonflèrent ; tous les désordres déjà décrits firent de nouveau irruption.

La belladone, si préconisée comme préservative de la scarlatine, si avantageuse dans la coqueluche, si puissante, dit-on, contre l'épilepsie essentielle, c'est-à-dire indépendante de toute cause matérielle; la belladone, ce narcotique héroïque, fut de nouveau administrée; car que n'emploirait-on pas contre un mal si désespérant? Sur les cinq heures du soir, je retournai chez la malade, qui avait éprouvé plusieurs vomissements muqueux et rendu une grande quantité d'urines. Les membres avaient repris leur souplesse et leurs directions naturelles; le pouls était à peu près régulier. Une somnolence profonde s'étant emparée d'elle, nous dûmes la respecter. Cet état comateux se prolongea ainsi jusqu'au lendemain matin à sept heures, où je visitai la malade, à qui je fis appliquer des cataplasmes sinapisés à la plante des pieds. Dans le courant de la journée, l'intelligence, la sensibilité, la mémoire reprirent leur empire. Un bon potage fut offert et ne fut pas refusé.

Cependant le 28 janvier, cette atroce affection, qui abrutit le moral et le physique, qui ronge l'existence et la rend à charge, se déclara de nouveau, débutant par des maux de tête affreux, par un gonflement du ventre et des coliques très-aiguës. Peu d'instants après, la jeune malade tombe sans connaissance, comme frappée de la foudre.

Que faire? Les moyens prophylactiques devenant impuissants, nous laissâmes passer la crise, après quoi nous eûmes recours à l'indigo, dont on fait tant d'éloges, et proposé par M. Ideler, médecin à Berlin. Les 7, 8 et 9 février, nous l'administrâmes chaque jour à la dose d'un gramme et 20 centigrammes, incorporé dans du miel. Nous eûmes des selles bleuâtres et copieuses. Mais quelle ne fut pas notre surprise, en examinant les selles, de voir chaque fois cinq à six ascarides lombricoïdes! Notre joie fut grande, car les entozoaires chassés du cœcum et du côlon, leur demeure favorite, nous eûmes la certitude d'avoir trouvé l'essence du mal. Aussi le *sublatâ causâ tollitur effectus* se présenta à nous avec toutes ses chances heureuses; et nous ne craignîmes pas d'annoncer aux parents désolés la cure de leur fille. Notre espérance n'a pas été vaine.

Devions-nous abandonner l'indigo? Il venait de nous rendre un service trop éclatant pour qu'il en fût ainsi. Nous en répétâmes la même dose les 12, 13 et 14 février, et quelques vers intestinaux s'étant encore montrés, nous facilitâmes leur expulsion par le calomélas à la dose de 50 centigrammes, et deux jours après par 30 grammes d'huile de ricin tenant en suspension deux gouttes d'huile de croton-tiglium. Cet anthelmintique fut terrible : il y eut plusieurs pelotons de vers expulsés, et à dater de ce jour, cette jeune malade, si morose, si chagrine, si maigre, faisant le tourment de sa famille par son idiotisme, a pris de

l'embonpoint, de belles couleurs, et recherche avec avidité la société de ses jeunes compagnes, qu'elle évitait auparavant.

Voilà cinq mois passés sans attaques. Tout nous fait espérer que la guérison est radicale.

Cette observation, que je livre dans toute sa vérité, doit nous encourager de plus en plus à ne point abandonner à leur triste sort les malheureux épileptiques, et nous convaincre que cette maladie n'est pas incurable, surtout quand elle ne date que de quelques années. Une chose sur laquelle il faut porter son attention, c'est la cause qui produit et entretient le mal. Le remède est là.

A. Michel,
D. M. à Barbenlane (Bouches-du-Rhône).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique de la folie, par M. Parchappe, *médecin en chef de l'Asile des aliénés de la Seine-Inférieure, professeur de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen; ouvrage pour lequel le Conseil général de la Seine-Inférieure a voté une souscription.*

Les divers travaux par lesquels M. Parchappe s'est fait connaître dans la science ont déjà acquis à son nom une incontestable autorité parmi les médecins qui s'occupent spécialement d'aliénation mentale; le but élevé que ce médecin distingué s'est surtout attaché à poursuivre dans ses recherches sérieuses, a été de déterminer la nature de la lésion encéphalique correspondant au trouble de l'activité psychique, qui, en se phénoménisant diversement, constitue la folie. Pendant que M. Leuret, poursuivant de son côté ses importants travaux sur le traitement moral de cette affection, cherche à justifier cette innovation thérapeutique en établissant que la folie proprement dite, la folie simple, est indépendante des lésions intra-crâniennes jusqu'ici constatées, et qui si souvent la compliquent, il était intéressant de voir de son côté M. Parchappe, également versé dans les recherches d'anatomie pathologique, faire de nouveaux efforts pour débrouiller ce chaos de lésions, et distinguer de leurs complications les altérations pathogéniques de l'aliénation mentale. Nous ne savons ce que décideront ici les hommes plus compétents que nous en ces matières difficiles, mais nous croyons que MM. Leuret et Parchappe, tous deux aussi forts que patients et opiniâtres dans les travaux nécessaires à la vérification de leur conception théorique, auront au moins acquis la gloire d'avoir singulièrement avancé la solution de cette immense question. Tous les deux s'accordent à exclure nettement

de l'étiologie organique de la folie, des lésions variées, qui n'en sont que des complications accidentelles, et auxquelles, par une généralisation prématurée, divers auteurs avaient tenté de rattacher les diverses manifestations symptomatiques de cette maladie; mais là s'arrête cet accord. Le médecin de Saint-Yon, après avoir analysé avec la sagacité la plus profonde ces lésions variées, complète ce travail par une synthèse hardie, et arrive ainsi à saisir au milieu des désordres matériels multiples des tissus encéphaliques, deux ordres d'altérations fondamentales constantes, auxquelles il croit devoir rattacher les deux formes les plus générales de l'aliénation mentale, savoir, la forme aiguë et la forme chronique. La lésion qui commande ainsi la première forme de la folie est une hypérémie active diversement phénoménisée dans les organes intra-crâniens, comme celle qui commande la seconde est un état de diminution de l'activité plastique, qui, à son plus haut degré, se traduit par un décroissement prononcé du volume du cerveau, l'atrophie. Mais laissons l'auteur exprimer lui-même, dans son style à la fois élégant et précis, sa doctrine à cet égard.

« Le caractère de la folie chronique, en ce qui touche à l'état de l'encéphale, coïncidant avec la manifestation des symptômes psychiques, serait donc une diminution de la vie plastique, tout comme le caractère de la folie aiguë serait, au même point de vue, une augmentation de cette vie; et si la folie était conçue comme une modification morbide de l'activité psychique, la folie à l'état aigu, et la folie à l'état chronique, en raison du mode et de la nature des manifestations psychiques, devaient être considérées comme deux états dynamiques opposés, l'un où l'activité psychique est en plus, l'autre où l'activité psychique est en moins: les données de l'anatomie pathologique viendraient confirmer cette vue, en assignant pour condition matérielle organique à ces deux modes, deux états corrélatifs d'activité plastique dans l'organe au moyen duquel la force psychique se manifeste.

C'est là sans doute encore de l'anatomie pathologique, et dans un moment où l'anatomie pathologique, comme fondement de doctrine générale en médecine, reçoit de sirudes atteintes de tous côtés, un livre qui place les fondements de sa théorie dans les données fournies par le scalpel, court les risques d'une vigoureuse opposition; on ne peut disconvenir cependant que c'est là au moins de l'anatomie morbide un peu plus large que celle dont sont bardés un grand nombre d'ouvrages modernes. Tout en tenant un compte sérieux des lésions matérielles dans l'aliénation mentale, M. Parchappe ne s'arrête point à ces lésions, il remonte jusqu'à la force psychique elle-même, et cherche à en caractériser les déviations intimes.

Outre l'objection générale qui frappe l'ensemble des travaux du savant médecin de Rouen, il est quelques objections secondaires que nous nous bornerons à indiquer, et dans la seule vue d'en appeler la solution, lorsque M. Parchappe abordera plus explicitement la partie dogmatique de son grand travail. La première de ces objections est celle-ci : en se plaçant au double point de vue des idées doctrinales de l'auteur, et de la thérapeutique des maladies mentales, la distinction de celles-ci en forme aiguë et en forme chronique est très-facile à justifier, et se trouve très-rigoureuse en quelques cas; mais ces dénominations consacrées dans la science, si haut qu'on remonte dans son histoire sérieuse, sont ici évidemment détournées du sens qui leur est universellement attribué : M. Parchappe, en se servant de ces dénominations, a très-clairement l'intention d'exprimer par elles une véritable dichotomie, dans laquelle, anatomiquement parlant, se résolvent toutes les variétés symptomatiques de la folie. Cela étant, cette innovation très-grave dans le langage scientifique impose à l'auteur, dans l'intérêt même de l'idée qu'il cherche à faire prévaloir, l'obligation de développements étendus. Maintenant, cette dichotomie posée, il sera nécessaire de montrer en quoi elle se rapproche et en quoi elle diffère de celle de Broussais. Nous nous bornerons à ces deux remarques ; nous ne voulons point oublier que ce n'est qu'incidemment que M. Parchappe touche à ces questions de doctrine, et que le plan même de son ouvrage exclut rigoureusement du volume qui vient de paraître les développements, où se trouvera sans nul doute la solution des difficultés que nous indiquons. Ce volume en effet est exclusivement consacré à l'exposition des faits qui servent de base aux doctrines de l'auteur, et qui recevront tout leur développement dans les volumes suivants. Bien que l'on commence généralement à se fatiguer de ce cataclysme d'observations, qui naguère ont inondé la science, nous croyons que le premier volume du *Traité des maladies mentales* sera accueilli avec un grand intérêt. L'auteur, par un mode d'exposition excellent, et que nous voudrions que tout le monde imitât, a su élaguer, des faits toujours bien choisis, tous ces détails insignifiants qui ne profitent qu'aux imprimeurs et aux papetiers; nous le répétons, cette méthode, que volontiers nous appellerions méthode d'observation concentrée, si nous ne craignions de nous servir d'une expression un peu hasardée, est la seule dont on doive se servir aujourd'hui en médecine ; l'esprit judicieux de M. Parchappe ne pouvait manquer de le lui faire comprendre. Chaque série de faits est d'ailleurs suivie d'un résumé qui reproduit ceux-ci dans ce qu'ils ont d'essentiel, et où l'induction laisse déjà pressen-

Nous le disons hautement en terminant, nous attachons le plus vif in-
tir les doctrines de l'auteur.

térêt aux travaux du médecin de l'Asile des aliénés de la Seine-Inférieure; nous croyons que dans la direction scientifique difficile où il s'est engagé, il est un des hommes dont il est permis d'attendre le plus pour l'avenir de la science; à mesure que M. Parchappe avancera dans son travail, nous ne manquerons pas d'en entretenir les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*; ce nous sera à la fois un plaisir et une source d'instruction précieuse.

MAX. SIMON.

Traité des fièvres intermittentes, rémittentes et continues des pays chauds et des contrées marécageuses, suivi de recherches sur l'emploi des préparations arsénicales; par J.-C.-M. BOUDIN, *médecin en chef de l'hôpital de Marseille, et médecin en chef de divers hôpitaux de l'Algérie, etc.*

Divers sujets de la plus haute importance soit en pathogénésie, soit en étiologie, soit en thérapeutique, ont été abordés dans cet ouvrage. Nous ne disons pas que l'auteur ait complétement résolu les nombreuses questions qu'il a agitées ; mais, homme de science réelle et de conception originale, M. Boudin, en attaquant de front ces questions, a montré que son intelligence ne s'est point laissé emboîter dans l'ornière de la routine moderne. Antagoniste déclaré de la science qui voudrait s'édifier sur les données exclusives de l'anatomie pathologique, hormis les cas de pur et simple traumatisme, il ne voit dans les lésions anatomiques que des localisations secondaires, derrière lesquelles la lésion primitive, véritablement pathogénétique, est à rechercher : pour lui, cette lésion fondamentale, ce point de départ réel de la maladie doit être placé dans la sève vivante, l'excitant normal de tout organisme vivant, dans le sang. Que si l'on demande à l'auteur les preuves de cette assertion très-explicite sous sa plume, ce n'est point à la physique, à la chimie organique, à la microscopie qu'il croit devoir s'adresser ; le seul réactif auquel il ait foi, c'est l'organisme lui-même. Pour analyser ces réactions, et pour en faire sortir la doctrine de la maladie, c'est à l'observation directe qu'il a recours; et quand celle-ci, nécessairement bornée dans ses moyens, vient à défaillir, c'est à l'induction directe ou à l'analogie. Cette manière de procéder nous repose un peu au moins de la méthode purement narrative, sous les stériles descriptions de laquelle la véritable science disparaît. Médecin cosmopolite, M. Boudin a pu étudier l'organisme sous l'influence de conditions variées, et apprécier d'une manière plus rigoureuse les diverses réactions de la vie contre les causes morbifiques. Le plaisir que nous avons éprouvé à lire ce livre substan-

tiel, nous le retrouverions à redire dans une analyse étendue tout ce qu'il contient de vrai et de profond; mais force nous est de nous borner à indiquer les points capitaux qu'il traite.

Abordant tout d'abord l'étiologie des maladies paludéennes, il établit rigoureusement qu'un miasme spécial est la cause matérielle et unique de ces maladies. La condition de température n'agit que sur le dégagement du miasme, et sur la faculté absorbante des tissus vivants. L'influence marécageuse est la cause essentielle des manifestations pathologiques les plus variées; car la nature du miasme varie suivant les climats. Ainsi, suivant l'ensemble des diverses conditions représentées par cette dernière expérience, l'influence marécageuse produit les fièvres intermittentes de la campagne de Rome, la peste, le choléra, la fièvre jaune. Les symptômes variés par lesquels se traduisent ces différentes affections ont leur point de départ primitif dans un mode d'altération particulier du sang, mais qui est toujours déterminé par l'action du miasme morbifère sur ce liquide. Ce simple exposé suffit déjà pour faire comprendre pourquoi l'auteur s'élève si souvent et avec tant de force contre la dénomination d'intermittence, ou de périodicité, attribuée aux phénomènes qui traduisent l'infection paludéenne observée spécialement dans certaines contrées. C'est là un simple accident, et qui n'a rien à faire avec la nature même des maladies. Tout en reconnaissant la justesse de quelques remarques de M. Boudin à cet égard, sans vouloir justifier notre opposition, nous dirons que nous ne partageons pas complétement son opinion; que s'il veut faire admettre celle-ci, il ne faut point qu'il dépose encore les armes. Cette opposition, toutefois, ne nous empêche pas de donner en partie notre assentiment à l'assimilation qu'il fait, sous le rapport thérapeutique, d'un certain nombre de maladies continues, avec les manifestations morbides dans lesquelles l'intermittence est le plus régulière et le plus tranchée. C'est ainsi qu'en Algérie, par exemple, le sulfate de quinine combat certains cas morbides continus, évidemment développés sous l'influence du miasme pyrogénétique, tout aussi efficacement que les affections les plus régulièrement périodiques : et ce fait a sans doute la plus grande portée quand il s'agit, comme tente de le faire M. Boudin, de réduire à l'identité de nature, c'est-à-dire à une infection miasmatique, ces deux ordres de manifestations pathologiques. Ici se trouvent encore quelques recherches intéressantes sur la détermination de la nature de l'agent miasmatique: c'est là un point d'étiologie fort important à étudier. Nous ne ferons encore qu'indiquer un résultat bien remarquable signalé par M. Boudin, c'est à savoir, qu'il existe un véritable antagonisme entre les tubercules et l'état particulier du sang déterminé par l'infection maréca-

geuse. Toute paradoxale que paraisse cette idée, on ne peut s'empêcher de tenir un compte sérieux des faits nombreux qui militent en sa faveur. En présence de la phthisie pulmonaire qui, comme un choléra lent, décime les populations de notre Europe, l'idée émise par le médecin de l'Hôpital militaire de Marseille doit trouver de l'écho dans l'âme des hommes qui comprennent la mission de notre belle science.

Nous terminerons ce trop court résumé d'un ouvrage qui se recommande à la fois par le fond des idées, par la largeur de la méthode, et par le style presque toujours pur et toujours énergique, en disant un mot seulement de la dernière partie, dans laquelle l'auteur préconise hautement l'emploi des préparations arsenicales comme succédané du sulfate de quinine. Tour à tour repris et abandonné, l'arsenic, comme agent thérapeutique, n'est guère employé aujourd'hui en médecine que dans quelques affections invétérées de la peau. M. Boudin, répétant les expériences de Fodéré, a expérimenté sur une large échelle l'emploi de l'acide arsénieux dans les maladies intermittentes. La dose à laquelle il s'est arrêté est un centigramme de cet agent. Deux ou trois doses suffisent. Si la maladie résiste, il a recours au quinquina. Ces expériences nous paraissent établir très-péremptoirement la valeur thérapeutique de ce moyen ; toutefois nous l'avouerons, jusqu'à plus ample information, nous resterons parmi les arsenicophobes. M. S.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur quelques plaies de tête suivies de mort par suite de phlébite et d'abcès du cerveau. — Voici deux exemples formidables qui viennent prouver au médecin que, dans les plaies de tête avec commotion, la prudence exige un traitement immédiat beaucoup plus énergique que ne semblent l'exiger les symptômes primitifs. Il faut faire plus que moins dans ces circonstances, car l'occasion est fugitive, et, faute de la saisir, on s'expose à des accidents consécutifs contre lesquels on n'a plus qu'à déplorer l'impuissance de l'art. — Au n° 31 de la salle Saint-Pierre, à l'hôpital Necker, a été couché le nommé Lemaire Barthélemy, journalier, âgé de quatorze ans. Ce malade entra à l'hôpital, le 6 octobre, pour une plaie de tête qu'il s'était faite en tombant d'une hauteur de deux mètres en travaillant aux fortifications. La plaie, qui avait divisé toute l'épaisseur des téguments du crâne, était étendue d'avant en arrière, présentait environ une longueur de six à sept centimètres, et laissait à nu le pariétal droit.

Le malade, en tombant, avait perdu connaissance ; apporté aussitôt à

l'hôpital, il l'avait déjà recouvrée entièrement et ne présentait plus aucun signe de commotion du cerveau. La plaie fut pansée simplement, le malade fut mis à un régime sévère; toutefois, malgré la forte constitution de ce malade, aucune émission sanguine ne fut pratiquée. Les premiers jours se passèrent sans le moindre accident. La plaie suppurait, des bourgeons charnus commençaient à se développer, lorsque les bords de la solution de continuité commencèrent à devenir douloureux; la plaie elle-même devint saignante, et sa surface se recouvrait d'une matière grisâtre qui nous fit reconnaître un commencement de pourriture d'hôpital. Dès lors, on substitua au pansement simple l'emploi des cataplasmes; mais, avant leur application, on eut soin d'étendre à la surface de la plaie un peu de poudre d'alun calciné.

Au bout de quelques jours, la plaie redevint vermeille; il n'y avait plus d'inflammation, la suppuration était louable, lorsque le 12 survinrent des accidents d'un autre ordre : le malade eut de l'inappétence, des envies de vomir, un léger frisson, puis de la fièvre. Le lendemain, un érysipèle se montrait; on revint aux cataplasmes; les dérivatifs sur le tube intestinal furent employés. Le 17, il n'y avait plus trace de l'érysipèle, qui n'avait pas pris le caractère ambulant et s'était éteint sur place. Le malade était bien, lorsque le 19 au matin il accusa une douleur assez vive dans la tête; il avait encore eu un léger frisson la veille au soir, et n'avait pas dormi. On remarquait un léger œdème de la paupière supérieure droite; le malade souffrait dans l'orbite. Vers midi, il eut un nouveau frisson irrégulier avec claquement de dents; le pouls, faible, avait de la fréquence. Le soir, le malade avait une courbature générale et encore plus de fréquence dans le pouls.

Le 20, au matin, de nouveaux frissons étaient survenus; l'œdème isolé de la paupière supérieure, qui s'était légèrement étendu à l'inférieure, joint aux symptômes généraux qui s'étaient considérablement aggravés, ne nous laissèrent plus aucun doute sur la nature grave des lésions cérébrales. Nous diagnostiquâmes une phlébite portant plus spécialement sur la veine ophthalmique et les sinus de la dure-mère.

Les accidents, pendant les jours suivants, marchèrent. Le pouls donnait jusqu'à 140 pulsations. Des frissons irréguliers se montrèrent accompagnés de douleurs dans l'articulation de l'épaule gauche, dans le genou droit et l'articulation tibio-tarsienne.

Une collection purulente devint bientôt évidente dans cette dernière articulation.

Le 26 apparurent les premiers symptômes de compression cérébrale. Le côté gauche accusa moins de sensibilité; les mouvements de la face et du bras étaient moins prononcés que du côté droit; le malade, qui de-

puis plusieurs jours criait presque constamment et voulait s'en aller, redevint plus calme. Il était épuisé. Le pouls, quoique fréquent, était filiforme. Le 27, la perte du mouvement du côté gauche était plus manifeste. Le 28, l'épanchement du pus, qui comprenait l'hémisphère droit du cerveau, était manifeste. Mais les lésions plus graves encore que causait l'infection purulente défendaient au chirurgien d'avoir recours au trépan.

Le malade mourut le 29 novembre.

Pendant toute la durée de ces accidents, la plaie fut pansée au moyen de cataplasmes. Le malade buvait de l'eau de Seltz. Aucune médication spéciale ne fut employée. A mesure que le malade accusait un point douloureux sur une des parties du corps, on lui appliquait des cataplasmes laudanisés.

Voici, du reste, ce que nous montra l'autopsie : un large décollement du cuir chevelu du côté droit, qui avait dénudé les os presque jusqu'au niveau de l'oreille ; du pus existait dans l'articulation tibio-tarsienne et dans toute l'épaisseur des muscles de la jambe du même côté ; la veine fémorale iliaque des deux côtés était saine, le sang était resté fluide ; la synoviale du genou droit présentait quelques rougeurs, mais il n'y avait point de pus. On trouva quelques abcès métastatiques dans le poumon, rien dans le foie ; toutes les grosses veines, examinées avec soin, ne présentèrent aucune trace d'inflammation, excepté celles dont nous allons parler. L'ouverture du crâne nous permit de constater les lésions suivantes : la dure-mère était largement décollée, et dans une étendue plus considérable que le décollement des téguments externes; une grande quantité de pus s'écoula ; les sinus longitudinaux coronaires, etc., étaient remplis de sang coagulé et de pus ; la veine ophthalmique, ainsi que nous l'avions prévu, était remplie de pus ; trois petits abcès circonscrits se rencontraient entre les muscles de l'œil et les tissus graisseux de l'orbite, les veines du grand angle de l'œil et des paupières se rendant dans la veine ophthalmique; aussitôt que nous avons vu survenir l'œdème, l'attention a dû se diriger vers une phlegmasie profonde des veines, que, du reste, les symptômes généraux mettaient en droit de soupçonner. Le cerveau luimême ne présentait d'autre lésion qu'une légère dépression au niveau de la collection purulente.

Pendant que cet enfant mourait des suites de sa blessure, il était entré, le 21 novembre, à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, un autre enfant âgé de treize ans, demeurant rue du Bac, qui fut couché au n° 28. Cet enfant était tombé de cheval sur la tête, et s'était fait une plaie sur le pariétal gauche, dirigée d'avant en arrière. Le blessé, après sa chute, n'avait pas perdu connaissance et n'avait donné aucun signe de commotion ; il s'était relevé et avait pu se rendre à pied à l'hôpital.

Le surlendemain de son entrée à l'hôpital, comme on remarquait dans un point déclive un peu d'empâtement, craignant une infiltration purulente qui pourrait amener un décollement considérable, M. Auguste Bérard pratiqua une contre-ouverture qui, en permettant l'introduction du stylet, permit de constater une fracture du pariétal. Les jours suivants, il ne se manifesta rien de particulier; la plaie fut pansée avec des cataplasmes.

Le 8 décembre se montrèrent les premiers symptômes de résorption purulente; la plaie extérieure allait assez bien. La fièvre, les frissons irréguliers, les douleurs articulaires survinrent comme dans le cas précédent. Le jour de la mort seulement se montrèrent les symptômes de compression. La sensibilité et le mouvement étaient presque complétement abolis. Pendant le développement des accidents inflammatoires cérébraux, l'état de contraction des membres était difficile à constater à cause des douleurs articulaires qui s'étaient montrées à peu près partout en même temps, et qui faisaient crier violemment le malade aussitôt qu'on le touchait.

Il succomba le 15 décembre, après avoir montré tous les symptômes d'une infection purulente.

Voici ce que présenta l'autopsie. Un décollement assez étendu du cuir chevelu ayant laissé à nu le pariétal gauche, permit de constater, par l'œil et le toucher, la fracture qui avait été reconnue pendant la vie. Le crâne enlevé, nous avons trouvé également, comme dans le cas précédent, un épanchement de pus entre le pariétal et la dure-mère. Les traces de la fracture longitudinale avec un léger déplacement, suivant l'épaisseur, se retrouvaient à la face interne du pariétal. La dure-mère présentait une perforation circulaire large comme une pièce de deux francs; elle était baignée par le pus, par la face externe aussi bien que par la face correspondant à l'hémisphère cérébral, qui se trouvait dans ce point ramolli et baigné par du pus. Une collection purulente siégeait dans l'épaisseur de ce lobe au milieu d'un ramollissement inflammatoire assez considérable. Les veines, les poumons, les autres viscères étaient sains; le sang était fluide; aucun abcès métastatique ne fut trouvé. On observa seulement quelques rougeurs sur les membranes synoviales des articulations qui avaient été plus particulièrement douloureuses.

Ces deux faits prouvent combien il faut être en garde contre les accidents qui rendent si souvent funestes les plaies de tête, en apparence simples, et dont la marche est régulière pendant les premiers jours qui suivent l'accident. Dans ce dernier cas, le cerveau avait bien probablement été contus, et les accidents ne se montrèrent qu'alors qu'est survenue l'inflammation suppurative qui a produit, avec ses désordres locaux, tout le

cortége des symptômes ordinaires à la fièvre purulente dite de résorption purulente, moins pourtant les abcès métastatiques. Il eût été peut-être utile, pour prévenir le développement de ces symptômes qu'il est si difficile d'enrayer, alors qu'ils se sont une fois montrés, de pratiquer des saignées générales, dont on est peut-être un peu trop sobre aujourd'hui dans ces circonstances, et que les chirurgiens de l'Académie de chirurgie recommandaient grandement dans ces cas.

De l'emploi de la teinture d'écorce de marronnier d'Inde dans quelques névroses gastriques. — Il n'est pas de traitement qui, pour être suivi de succès, réclame de la part du médecin plus de prudence et de soin que celui qui s'adresse à ces névroses anciennes des premières voies, désignées sous les noms de gastralgie et de gastro-entéralgie. Grâce au précieux traité de M. le docteur Barras sur la matière, les praticiens ont pour se guider quelques règles sages et précises. D'abord il n'est plus permis de confondre la gastralgie avec une gastrite; les antiphlogistiques et le régime débilitant sont interdits. Calmer sans affaiblir, fortifier sans irriter, telles sont les deux indications capitales que le médecin ne doit point perdre de vue. La première se rapporte à l'éréthisme nerveux des premières voies; la seconde, à l'atonie nerveuse des mêmes organes. Il importe donc de distinguer avec soin ces deux états d'éréthisme et d'atonie, car à l'un il faut des calmants, à l'autre des toniques. Nous ne voulons dire un mot que des gastralgies dépendant de l'atonie nerveuse, et auxquelles on doit opposer les toniques. Tout le monde sait qu'en outre de l'alimentation fortifiante et des règles hygiéniques, il faut, dans quelques cas, donner certains médicaments, parmi lesquels sont en première ligne les ferrugineux et les amers, tels que le quinquina, l'écorce d'orange, etc. Nous venons porter à la connaissance de nos lecteurs un nouveau médicament pris dans la classe des toniques amers : c'est la teinture d'écorce de marronnier d'Inde, à laquelle M. Jobert de Lamballe a reconnu une efficacité constante dans l'espèce de gastralgie par atonie dont nous avons parlé. Depuis deux ans, il l'a administrée avec un plein succès chez un grand nombre de malades, des femmes surtout, qui avaient pris sans nul effet, pendant longtemps, le sous-carbonate de fer, les amers, la valériane : quelques jours d'administration de la teinture de marronnier d'Inde les a débarrassés des crampes atroces d'estomac, des vomissements, des oppressions, des battements de cœur, etc., qu'ils éprouvaient. M. Jobert considère cette teinture comme le meilleur amer qu'on puisse administrer dans ces cas; il n'a jamais vu d'irritation produite par l'alcool qui entre dans cette préparation. L'efficacité de ce nouveau remède mérite d'être constatée par des expériences

ultérieures, et nous lui consacrerons un plus long article. Voici, en attendant, la formule pour la confection du médicament :

Prenez : Écorce concassée de marronnier d'Inde (œsculus hippocastanum). . . . . 125 grammes.
Alcool à 21 degrés (Cartier). . . 500 grammes.

Faites macérer pendant quinze jours; passez avec expression; filtrez.

Tout le traitement consiste à administrer au malade le matin, à jeun, une cuillerée à bouche de cette teinture dans un quart de tasse de décoction de chicorée sauvage. Dans quelques cas très-rares, M. Jobert a été obligé de porter la dose à deux cuillerées.

Un mot sur le traitement chirurgical des kystes qui simulent ou accompagnent le goître. — Nous avons vu à la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, au nº 35 de la salle Saint-Augustin, une femme portant un goître volumineux, dans l'épaisseur duquel un kyste s'était développé. Cette complication, qui n'est pas très-rare, mérite d'être signalée, car ici l'affection est complexe, et il faut que le diagnostic soit précis pour que le traitement soit bien dirigé. Quels moyens, dans ces cas, de distinguer la double nature de la tumeur, ou dans d'autres, pour ne pas confondre avec le goître un kyste à parois épaisses, résistantes, distendues, non transparentes, siégeant au-devant du cou? Pas d'autre pour M. Lisfranc, qui y a eu recours chez cette malade, que l'emploi du trocart explorateur. Mais quand la nature de la maladie a été bien déterminée, à quels procédés de l'art faut-il recourir pour favoriser la guérison des kystes? On a conseillé d'ouvrir le kyste et de passer un séton à travers ses parois; mais, par ce moyen, on fait deux ouvertures et on provoque ainsi une inflammation trop forte qui peut se propager aux voies aériennes, ou déterminer une viciation purulente fort grave. M. Lisfranc n'agit point ainsi : la tumeur est ouverte au point le plus déclive, on la vide par une légère pression pour prévenir l'inflammation, on applique immédiatement aux apophyses mastoïdes et en arrière, à la partie supérieure du cou, 30 ou 40 sangsues si les sujets sont forts et vigoureux, moins s'ils sont faibles. Deux ou trois fois par jour, on fait dans l'intérieur du foyer des injections émollientes tièdes, et on applique des cataplasmes de farine de graine de lin. On recommande au malade de respirer librement, sans efforts, et on le soumet à la diète. Il se fait dans la tumeur un travail inflammatoire. Quand le pus se forme, on a soin de lui ménager une issue à la partie déclive du kyste, et l'on a la précaution, si l'ouverture a de la tendance à se fermer, de détruire la cicatrice à l'aide d'une sonde de femme. Au bout de huit ou quinze jours, il y a affaissement du kyste. Quand toutes les

fonctions du malade se font avec assez de facilité, que la santé s'améliore, on engage alors dans l'intérieur du foyer une mèche enduite de cérat, qui a l'avantage d'exciter l'adhésion des parois du kyste, sans pratiquer à celui-ci deux ouvertures comme dans le séton. S'il arrive que l'inflammation déterminée par la mèche est trop forte, on enlève celle-ci et on revient aux cataplasmes, et même aux sangsues, si cela est nécessaire. Il est utile, à mesure que l'inflammation diminue, d'exercer sur le kyste une compression légère, afin de déterminer l'adhérence de ses parois. Mais il arrive quelquefois que cette adhérence ne peut être obtenue à cause de la dureté des parois du kyste, ou de la nature non séreuse de sa membrane intérieure. Alors il faut enduire la mèche avec l'onguent suivant :

Prenez : Onguent digestif simple. . . 4 grammes.
Potasse caustique. . . . . . 1 gramme 20 centig.

On revient aux cataplasmes et aux sangsues si les applications déterminent une réaction inflammatoire trop forte. Cet onguent a souvent pour résultat de produire des escharres du kyste qu'on voit sortir par lambeaux. Pour terminer la cure, il faut encore ajouter, dans quelques cas, l'action du nitrate d'argent. On badigeonne avec ce caustique l'intérieur du kyste; de cette façon, la guérison est produite, et l'on n'a qu'une simple cicatrice à la partie antérieure du cou.

Emploi des purgatifs dans la fièvre typhoïde. — Il n'est pas de panacée en médecine, tout le monde le sait; il n'est pas non plus de traitement, quelque avantageux qu'il ait été généralement reconnu dans une classe de maladie, que l'on puisse recommander toujours et partout, quels que soient les symptômes, la marche de l'affection, le tempérament, l'âge des sujets, etc. Les spécifiques eux-mêmes présentent des restrictions dans leur emploi. C'est au jugement éclairé du médecin, à sa sagacité, à son bon sens qu'il appartient de faire plier les préceptes, quels qu'ils soient, qui semblent ressortir des faits généraux qui leur sont présentés. Cependant c'est de l'observation journalière de ces faits que découlent les règles de pratique. Pour arriver à notre objet spécial, nous dirons que les purgatifs sont employés comme moyen principal de traitement dans plusieurs services des hôpitaux, et que les médecins continuent à apprécier les avantages de cette méthode, mise en vogue, comme on le sait par M. Delarroque, médecin de l'hôpital Necker. M. Émery, à l'hôpital Saint-Louis, a adopté depuis quelque temps la pratique de son collègue; il n'est pas de fièvre typhoïde, bénigne ou grave, à laquelle il n'oppose les purgatifs, et particulièrement l'eau de Sedlitz. Il compte près de cent malades chez lesquels il a employé cette médication, et il

atteste que les résultats ont été comparativement bien plus heureux que par les autres moyens. Cependant il ne manie pas les purgatifs avec la même hardiesse que M. Delarroque. Le premier, le second, et quelquefois le troisième jour, il donne bien au malade une bouteille entière d'eau de Sedlitz, mais passé ce temps il se borne à l'administration journalière, jusqu'à la convalescence, d'un verre ou d'un verre et demi du même laxatif. Aujourd'hui 20 juin, il existe encore dans son service à Saint-Louis, salle Saint-Thomas, quatre malades qu'on peut considérer comme guéris de fièvres typhoïdes qui avaient une certaine gravité. Tous ont suivi exactement le traitement que nous avons indiqué. Ces quatre malades sont : au nº 6 de la salle Saint-Thomas, un jeune peintre, âgé de dix-sept ans, entré le 24 mai dernier avec des symptômes sérieux ; il est guéri ; au nº 10, un cocher, âgé de dix-neuf ans, entré le 5 mai : la fièvre typhoïde a été très-grave chez ce sujet ; il a pris trois verres d'eau de Sedlitz le premier jour, et puis un seul verre tous les jours. Il en est de même pour un serrurier de trente ans, couché au nº 19, et pour un cordonnier âgé de dix-huit ans, qui se trouve au nº 21 de la même salle. Ces trois derniers sujets étaient gravement atteints ; nous ne détaillerons pas les symptômes : il suffira de dire qu'ils offraient les signes caractéristiques de l'état typhoïde : la stupeur, les taches lenticulaires, et le gargouillement dans la fosse iliaque.

Sur un kyste bleuâtre ne contenant qu'une matière diaphane. — Il est des tumeurs qui en imposeraient facilement à des praticiens peu exercés si l'on s'en rapportait à la couleur pour en déterminer la nature. Deux exemples en ont été récemment observés à la Charité, dans le service de M. Velpeau. Un jeune homme, couché au nº 20 de la salle Sainte-Vierge, portait en dedans du genou une tumeur du volume d'une grosse noix, bosselée, indolore, datant de quinze ans. Cette tumeur fluctuante offrait au premier aspect une teinte livide qui lui donnait la physionomie d'un peloton de veines variqueuses ; aussi s'était-on imaginé qu'il s'agissait là d'une tumeur érectile veineuse. Cependant plusieurs chirurgiens, juges du concours actuel de clinique chirurgicale, l'ayant explorée pour en faire le sujet d'une leçon, s'arrêtèrent à l'idée d'un kyste muqueux étranger au système vasculaire. Le candidat diagnostiqua au contraire un kyste purement séreux, et dit que la teinte bleuâtre ou livide qu'on observait avait été rencontrée plusieurs fois par lui dans des cas où le kyste ne contenait cependant que de la sérosité diaphane. A l'opération, M. Velpeau a constaté que ce kyste était rempli d'une matière ressemblant de tout point au méconium des nouveau-nés, et que les parois de cette tumeur étaient bien en effet constituées par d'énormes

bosselures veineuses complétement oblitérées en avant et en arrière. Ici donc on avait cru à l'existence d'une matière transparente, tandis qu'il s'agissait bien d'une substance colorée. Mais au n° 2 de la salle Sainte-Catherine, également à la Charité, était une femme qui portait sur le dos du pied une tumeur du même volume que dans le cas précédent; cette tumeur aussi était bosselée, fluctuante, livide. A son ouverture, on a trouvé une matière à peu près incolore et tout à fait analogue à de la gelée de groseilles blanches. De sorte que si on avait eu à examiner ce dernier kyste le premier, il eût certainement autorisé l'opinion émise à l'occasion de la tumeur du jeune homme dont il a été parlé.

Iodure de potassium dans le gonflement scrophuleux des os. — L'iodure de potassium n'est pas seulement un précieux médicament pour combattre les accidents tertiaires de la syphilis, il constitue encore une médication admirablement appropriée aux affections scrophuleuses anciennes. C'est à ce titre qu'il est employé dans plusieurs hôpitaux de la capitale. Nous en avons vu des effets surprenants sur un enfant de douze ans, couché au n° 31 de la salle Saint-Louis à la Pitié : cet enfant, éminemment scrophuleux, portait depuis plusieurs années un gonflement de plusieurs os, notamment du fémur, dont la partie inférieure avait plus que triplé de volume. Les divers antiscrophuleux, les frictions avec la pommade d'iodure de plomb, la compression, n'avaient point diminué sensiblement la tumeur; M. Lisfranc met ce jeune malade à l'usage de l'iodure de potassium, dont il prend un gramme par vingt-quatre heures dans une tisane de houblon, en même temps qu'on continue l'iodure de plomb en frictions, et la compression. Trois semaines ne se sont pas écoulées, et déjà les mesures prises de la manière la plus exacte, indiquent une diminution d'un tiers dans le volume de la partie inférieure du fémur. Espérons que la guérison marchera graduellement. Voilà bien d'une manière incontestable l'action de l'iodure de potassium sur les os, que quelques chirurgiens nient encore.

VARIÉTÉS.

Mort de M. Double. — C'est avec une affliction profonde que nous annonçons à nos lecteurs la perte que la médecine française vient de faire en la personne de M. Double, l'un de ses membres les plus illustres. La nouvelle inopinée de la mort de notre très-aimé confrère a produit une vive sensation à l'Académie des sciences et à l'Académie de méde-

cine, dont M. Double était un des titulaires les plus considérés, parmi les praticiens de Paris, qui se plaisaient à voir en M. Double l'un de leurs plus nobles et plus dignes représentants, et dans le haut public de la capitale, où notre confrère avait sa magnifique clientèle. Aussi quelle affluence à ses funérailles! A la vue de toutes ces illustrations qui se pressaient à la suite du char funèbre, on aurait dit que c'était un des puissants du jour que l'on conduisait glorieusement à sa dernière demeure. C'est qu'en effet M. Double s'était acquis une grande importance dans le monde. Par la noblesse de son caractère, par sa dignité, par la grâce de son esprit, par son jugement sûr, par le zèle affectueux qu'il mettait à remplir les devoirs de son ministère, il s'était fait une place à part, et le vide qu'il a laissé dans tant de nobles familles dont il était le médecin, le conseil, l'ami, ne sera que difficilement rempli. Il faut avoir entendu l'expression des regrets de ces pairs, de ces généraux, de ces magistrats, de tous ces hommes placés aux premiers rangs de la société par leurs noms et par leur fortune, pour savoir le relief que M. Double avait donné à notre profession, et comprendre la valeur du noble représentant que la médecine a perdu.

Mesures prophylactiques contre les affections syphilitiques et cutanées dans l'armée. — Une mesure qui a une grande importance pour l'hygiène publique vient d'être prise par le ministre de la guerre; elle a pour but d'empêcher dans l'armée les progrès des affections syphilitiques et cutanées. Jusqu'ici, tout soldat vénérien sortant des hôpitaux était puni d'un mois de consigne. Il en résultait que les soldats cachaient le plus longtemps possible leur mal et s'adressaient à des empiriques pour être traités; aussi plus tard y avait-il des cas très-graves, et la guérison était longue et dispendieuse. Cette peine d'un mois de consigne est abolie pour les soldats qui déclareront spontanément leur maladie dès l'apparition des premiers symptômes de syphilis ou de gale; mais ils seront passibles de cette punition si l'apparition des symptômes primitifs remonte à plus de quatre jours et qu'il soit établi qu'ils n'ont pu s'y méprendre. Une autre disposition du ministre admet les militaires en congé de semestre, en congé provisoire de libération ou appartenant à la réserve, qui sont atteints de maladies vénériennes ou de la gale, à être traités aux frais de l'État, dans les hôpitaux militaires ou hospices civils, pourvu qu'ils se présentent dès le début de l'affection. On ne peut qu'applaudir à des mesures aussi sages. Puissent-elles atteindre leur but!

— M. le ministre de l'instruction publique a fait recueillir les informations les plus exactes sur le dévouement et le zèle qu'ont montrés plusieurs élèves de la Faculté de médecine de Paris au milieu de l'affreux

désastre du 8 mai. D'après ces renseignements, et de l'avis du Conseil royal de l'instruction publique, dans sa séance du 3 juin, le ministre a décidé qu'il serait fait remise à ces étudiants de tous les frais d'inscriptions, d'examen et de diplôme qu'ils avaient encore à acquitter pour parvenir au doctorat. Quelques-uns d'entre eux ayant déjà droit aux remises comme élèves lauréats de la Faculté ou comme fils de professeur, il leur est offert par le ministre, au nom de l'Université de France, le don de plusieurs ouvrages importants de médecine ou d'histoire naturelle.

Voici les noms des élèves auxquels ces diverses récompenses ont été décernées :

MM. Bailly, interne à l'hôpital des Enfants; Bourdon, interne à l'Hôtel-Dieu; Caron, interne à la Salpêtrière; Cloquet, interne à l'hôpital des Cliniques; d'Astros, interne à l'hôpital Necker; Demeaux, aide d'anatomie à la Faculté, interne à l'Hôtel-Dieu; Guignard, interne à l'hôpital Necker; Labat, externe à la Pitié; Lhommeau, interne à l'hôpital Necker; Vougeheur, officier de santé, aspirant au doctorat.

— Sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique, M. le professeur Cruveilhier vient d'être promu au grade d'officier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Bonnet-Malherbe vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux de Bagnères de Bigorre, en remplacement de M. le docteur Ganderax, nommé inspecteur honoraire.

— Une médaille d'or a été offerte à M. le docteur Ricord par les nombreux élèves qui suivent ses leçons cliniques à l'hôpital des Vénériens. Ce témoignage était bien dû au zèle et aux laborieux efforts de ce professeur.

— M. Sarzeau, correspondant de la Société de pharmacie, a été nommé préparateur de physique et de chimie à la Faculté des sciences de Rennes, en remplacement de M. Choron, appelé à d'autres fonctions.

— M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, passe en la même qualité à l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de M. Mialhe, démissionnaire.

Vaccinations gratuites. — La somme de 6,000 francs, votée annuellement par le conseil général de la Seine pour la propagation de la vaccine, vient d'être portée à 8,000 francs. Cette mesure était nécessitée par l'accroissement du nombre des vaccinations. A l'aide de 6,000 fr., on offrait autrefois aux soins actifs des médecins un jeton pour sept vaccinations; on ne peut plus leur en offrir qu'un sur neuf, aujourd'hui que le nombre des vaccinations augmente. L'allocation nouvelle a pour objet de maintenir la base de l'ancienne répartition.

TABLE DES MATIÈRES
DU VINGT-DEUXIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

FIN DE LA TABLE DU TOME VINGT-DEUXIÈME.

